UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

NNÉE 1913 — N° 385

THÈSE

OUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA

écessité de l'Intégrité

de la Muqueuse utérine

POINT de VUE de L'ÉVOLUTION NORMALE de la GESTATION

PAR

Gr. ALEXANDRESCO

NÉ A TULCÉA (ROUMANIE), LE 25 JANVIER 1882

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. le Professeur PINARD

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1913

385

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913 N° .....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA

Nécessité de l'Intégrité

de la Muqueuse utérine

AU POINT de VUE de L'ÉVOLUTION NORMALE de la GESTATION

PAR

Gr. ALEXANDRESCO

Né a TULCÉA (Roumanie), le 25 Janvier 1882

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. le Professeur PINARD

PARIS

Librairie de la Faculté de Médecine

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZ
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARI
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESS
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE LANDOUZY CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELB QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSO
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-D SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-TINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consid comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbatio improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de mon inaltérable affection et de ma profonde reconnaissance.

A MES SŒURS

Souvenir de notre chère enfance.

A MA TANTE

A MON ONCLE LE DOCTEUR D.-P. GARDARIANO

Témoignage de reconnaissance pour l'affection qu'ils ont montrée à mon égard et pour leurs bons conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

En hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur E. LÉVY

Chef de Clinique à Baudelocque

Pour la direction qu'il nous a donnée dans l'exécution de ce travail.
Nos remerciements et notre amitié.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Les cas d'endométrite hémorrhagique gravidique sont observés en clinique avec une telle frequence que journellement presque, notre maître, M. le professeur A. PINARD, ne cesse d'appeler l'attention de ses élèves sur ce sujet.

Il nous a paru intéressant de rechercher la relation qui existait entre une muqueuse utérine malade et l'évolution normale de la gestation.

En faisant des recherches bibliographiques et surtout en consultant les Archives de la Clinique Baudelocque, nous avons pu obtenir la conviction qu'il y avait une grande nécessité à ce que la muqueuse utérine ne soit pas pathologiquement touchée dans son intégrité, pour que la gestation suivît son évolution normale.

Nous avons désiré faire œuvre utile en essayant de généraliser par notre travail le résultat de nos recherches relatives aux dangers que peuvent en-

courir les femmes en état de gestation, dont la muqueuse utérine est malade.

Toutes les observations qui suivent l'exposition de notre sujet, ainsi que le tableau analytique et statistique qui se trouve à la fin de notre ouvrage et portant sur plusieurs centaines de cas, viennent par leurs nombres confirmer d'une façon péremptoire les trop justes remarques de notre maître, M. le professeur A. Pinard : « L'endométrite, après avoir donné lieu à de nombreux incidents pendant la gestation, cause le plus souvent l'expulsion prématurée du produit de conception.

« Il est naturel alors de jeter un cri d'alarme en disant, que l'enfant qui n'a pas bien accompli sa vie intra-utérine, ne pourra bien accomplir sa vie extra-utérine et, si, au prix de grands soins pour la mère, nous pouvons avoir des enfants vivants, ça ne sera quoi que l'on fasse, que des enfants prématurés. »

Dans notre sujet, nous établirons les divisions suivantes :

1° Etiologie de l'endométrite ;

2° Anatomie pathologique des endométrites ;

3° Endométrites de la gestation ;

4° Rapports de l'endométrite avec les différentes phases de la gestation ;

5° Endométrite et délivrance ;

6° Endométrites et suites de couches.

Mais avant d'aborder le sujet, qu'il nous soit permis de remercier notre maître, M. le professeur

Pinard, pour son haut enseignement dont nous avons tiré le meilleur profit, et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser nos remerciements à nos maitres dans les hôpitaux; nous prions M. le professeur agrégé J.-L. Faure, MM. les Docteurs Balzer et Beurnier, d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour leurs bonnes leçons et pour toute la sympathie qu'ils nous ont témoignée pendant que nous étions leur externe.

ETIOLOGIE DE L'ENDOMÉTRITE

Nous savons aujourd'hui que les endométrites sont toutes de nature infectieuse.

Pendant la gestation la femme peut avoir une endométrite préexistante à la conception, mais aussi elle peut avoir une endométrite contemporaine de la gestation.

FORGUE dit :

« La cavité utérine reste stérile jusqu'à la puberté « et le demeure souvent après l'instauration mens- « truelle.

« Il faut que l'infection lui vienne du dehors.

« Les deux agents ordinaires de l'endométrite sont « le gonocoque et le streptocoque. Il faut en outre « des facteurs secondaires qui favorisent l'infection « et entretiennent sa chronicité.

« Le corps utérin est tapissé d'un épithelium cy- « lindrique sur lequel l'expérience démontre que « les microbes se localisent avec une meilleure pré- « dilection que sur un épithélium stratifié.

« Longtemps l'infection reste cervicale. Elle ne « gagne la profondeur qu'après un certain temps et « devient alors chronique. Mais, parfois des causes « occasionnelles interviennent, qui donnent à cette « affection chronique une poussée aiguë.

« Toutes les conditions qui favorisent l'état con- « gestif de l'utérus peuvent intervenir : flux mens- « truel, traumatisme sexuel, étroitesse de l'orifice « externe du col favorisant la stagnation des produits « septiques ; avortement ou même un accouchement « normal peuvent ouvrir la porte à l'entrée des ger- « mes pathogènes.

« A la suite d'un accouchement, la muqueuse uté- « rine n'est qu'une plaie exposée à l'infection. La ré- « tention des débris placentaires, surtout fréquente « après les avortements où des fragments de mem- « branes, se greffant sur la muqueuse utérine, repré- « sentent autant de points d'inoculation.

« Cet état de congestion ne se dissipe que quand « l'involution utérine s'accomplit régulièrement. »

Emmet attribue un rôle exagéré à la déchirure du col (cicatricial plug) dans la production et la prolongation de la métrite puerpérale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La métrite est d'abord et surtout une endométrite (1)

La lésion initiale siège sur la muqueuse utérine et ce n'est que plus tard que la couche musculo-conjonctive s'altère et donne la métrite parenchymateuse.

Macroscopiquement la muqueuse utérine est épaissie.

Cornil dit : Elle est inégale à sa surface ; elle est boursouflée, molle, pulpeuse, semblable à la gelée de groseille, sa coloration est quelquefois plus foncée et l'on a alors l'apparence d'une couche de sang transformée en caillots noirâtres, mous, cruoriques.

Par le travail inflammatoire, la muqueuse uterine s'épaissit quelquefois tellement qu'elle peut atteindre une épaisseur de 5 et 10 millimètres.

(1) Forgue. Précis de path. externe.

Dans certains cas sa surface devient fongueuse, granuleuse et végétante d'où trois différentes formes cliniques, correspondant aux trois formes anatomo-pathologiques.

Dans la muqueuse on trouve : 1° les glandes ; 2° le stroma ; 3° les vaisseaux et suivant qu'il y a prédominance de lésion sur l'un ou sur l'autre de ces éléments on distingue 3 formes d'endométrite. Généralement les 3 lésions coexistent et l'endométrite est mixte.

Les dilatations vasculaires sont fréquentes dans toutes les formes d'endométrite. Il y a une abondante néoformation capillaire dans toutes l'épaisseur de la muqueuse et lorsque cette néoformation domine nous avons le type clinique correspondant de l'endométrite hémorrhagique.

Dans d'autre cas, il y a une lésion du myomètre et non de l'endomètre, et nous avons la forme d'endométrite interstitielle bien étudiée par « Von Lorenz » et par Theilhaber.

ENDOMÉTRITE ET GESTATIONS

Etude Anatomo-pathologique

Nous allons passer en revue, d'abord les légions de la muqueuse du corps, puis celles de la muqueuse du col de l'utérus.

a) Endométrite du corps

On divise la muqueuse utérine en trois feuillets distincts :

La caduque utérine, la caduque ovulaire et la caduque inter-utéro-placentaire ou sérotine.

Vers le troisième mois de la gestation les caduques utérines et ovulaires se fusionnent en une membrane que les allemands désignent sous le nom de *Décidua*.

Cette membrane peut être le siège d'un travail inflammatoire et suivant que l'inflammation porte

sur le placenta ou sur la caduque utéro-ovulaire nous aurons deux variétés d'endométrite : l'Endométrite déciduale et l'endométrite placentaire.

b) Endométrite déciduale

La muqueuse utérine peut s'enflammer au cours de la gestation ; c'est l'endométrite déciduale, dont on reconnait deux formes :

1° *Endometrite déciduale aiguë.* — Ce n'est autre chose que la manifestation locale d'un processus pathologique général, elle s'accompagne assez souvent de l'expulsion prématurée de l'œuf. Souvent, surtout lorsqu'elle est sous la dépendance d'une maladie infectieuse grave telle que la variole, le choléra, etc., elle revêt la forme hémorragique.

2° *Endométrite déciduale chronique.* — C'est généralement à la suite d'une inflammation de la muqueuse utérine, préexistant à la gestation. Il s'en suit un épaississement de la caduque. On l'a vu quelquefois s'accompagnant d'une élévation de la température ; et dans d'autres cas plus graves, elle a entravé le développement de l'œuf. Il s'en suit que les dangers à craindre sont ici communs dans toute endométrite à savoir : l'avortement ou l'accouchement avant terme.

Comme une conséquence logique de l'inflammation de la caduque on remarque que la délivrance devient difficile, que la caduque reste adhérente et même toutes les membranes fœtales peuvent être retenues, constituant ainsi un milieu propice

au développement des germes pathogènes et en particulier du streptocoque agent causal de l'infection puerpérale.

c) Endométrite placentaire.

Dans l'endométrite placentaire, nous trouvons les mêmes lésions qu'on trouvait autrefois dans les cas désignés sous le nom de *placentites*. L'inflammation touche ici la caduque inter-utéro-placentaire, de même que la portion maternelle de placenta.

Si on examine de près un placenta touché par l'endométrite on lui trouve un aspect bien caractéristique nullement comparable à l'aspect d'un placenta normal.

M. le Professeur PINARD depuis longtemps déjà insiste dans ses leçons sur les caractères qui permettent d'affirmer presque à coup sûr une lésion d'endométrite rien que par l'examen « de visu » du placenta. *Ce placenta est épaissi* sur son bord autant que dans sa partie centrale, il est bordé, il est rouge vineux, très charnu et donne à la vue l'aspect d'un beeafteak qu'on désigne sous le nom de « *Chateaubriand* ».

RAPPORTS DE L'ENDOMÉTRITE
Avec les DIFFÉRENTES PHASES de la GESTATION

I. Rapports de l'Endométrite avec l'hydrorrhée déciduale

Dans les premiers mois de la gestation, les femmes peuvent perdre de l'eau. Le liquide d'abord clair, puis teinté de sang s'écoule à intervalles plus ou moins espacés.

L'écoulement de liquide aqueux peut aussi apparaître plus tard.

Tarnier appellait cette hydrorrhée des premiers mois *hydropérionie.* Nous empruntons à Roy (1) la description de Tarnier.

« L'écoulement de liquide se fait au début de la gestation, avant que la caduque ovulaire ne soit unie à l'utérine. »

(1) Roy. Endométrite et gestation. Thèse Paris 1889.

Coste disait qu'il n'y avait pas d'hydroperionie. Cette assertion est vraie, à l'état normal, mais si la *caduque est un peu malade*, s'il y a de l'endométrite, l'hydropérione se forme.

L'ydropérionie est donc due à l'hypersécrétion des glandes utérines.

L'écoulement du liquide au dehors n'est empêchée que par la fermeture de l'orifice interne qui fait fonction de sphincter.

L'hydropérionie est fréquente. Si l'on n'en voit pas souvent d'exemple, c'est que les femmes n'en sont pas malades et ne s'inquiètent guère.

C'est par l'anamnèse qu'il faut rechercher ce symptôme.

On apprend qu'il sort brusquement, sans cause appréciable, par les organes génitaux, la valeur de une, deux, trois cuillerées à soupe d'un liquide généralement clair. Le flot se montre en une ou plusieurs fois. Le liquide a été examiné avec soin. Il est toujours en petite quantité, tantôt aqueux, le plus souvent gommeux, quelquefois teinté en rose, à *cause de l'endométrite*. L'écoulement survient sans signe prémonitoire, ou bien il est précédé de quelques coliques, de quelques douleurs de reins. Il existe un léger malaise, puis la santé redevient parfaite. Au bout de plusieurs jours de calme complet, même répétition, malaise, coliques etc., écoulement de liquide et ainsi de suite pendant deux ou trois mois.

Le diagnostic doit être fait avec la rupture des

membranes de l'œuf ; il est quelquefois difficile. Mais *l'avortement s'accompagne de douleurs plus fortes et d'hémorrhagie*, qui n'existe pas dans l'hydropérionie. De plus le liquide amniotique est aqueux ; une fois qu'il s'est mis à couler, il continue surtout lorsque la femme remue.

A partir du 4me mois, les deux caduques sont soudées. Si du liquide provient de ces membranes, il y a alors *hydrorrhée déciduale*.

L'hydrorrhée déciduale est caractérisée par un écoulement d'eau temporaire, suivi de retour à la santé.

Il dure quelques heures pour se reproduire ou non après s'être suspendu.

Au milieu d'une santé excellente, sans douleur, une certaine quantité de liquide s'échappe des voies génitales.

En général cette quantité est de 200 à 300 grammes. Le liquide est aqueux, ou bien sirupeux et gommeux. De là deux aspect différents sur les linges : Si le liquide est aqueux, les tâches sont très peu apparentes ; si le liquide est poisseux, le linge est comme empesé ; quelquefois les taches sont roses. L'écoulement cesse brusquement, ou bien il se continue pendant quelque heures, après le grand flot du début, il s'écoule encore quelques gouttes pendant un certain temps.

Ou bien, il y a un seul flot, pendant toute la gestation ou bien l'hydrorrhée se répète plusieurs fois. Il y a une hydrorrhée douloureuse, dans cette forme

il existe de la douleur dans les reins, dans le ventre. L'abdomen devient douloureux, volumineux, tendu, l'obligeant à se coucher. Puis au bout de 2, 5, 8, 15, 30 jours tout rentre dans l'ordre.

Le pronostic de l'hydrorrhée est en général favorable et pour la mère et pour l'enfant, mais si le décollement de la caduque est large, il peut y avoir avortement ou accouchement prématuré.

II. Métrorrhagies

Suivant l'époque à laquelle se produit la métrorrhagie on divise l'étude des métrorrhagies en deux catégories :

Celles qui ont lieu pendant les premiers mois de la gestation et celles qui n'apparaissent que vers la fin de la gestation pendant les 3 derniers mois.

Nous ne nous occuperons que des métrorrhagies qui sont dues à l'endométrite.

A. Métrorrhagie pendant les premiers mois de la gestation

Quand nous avons à examiner une femme qui perd du sang pendant les premiers mois de sa gestation, tout de suite notre pensée se dirige vers l'idée qu'un avortement a la possibilité de se produire. Voilà donc un accident d'une gravité très grande qui peut se produire. Quelle en est la cause ?

Presque toujours c'est l'endométrite.

Toutes ou presque toutes les maladies infectieu-

ses graves peuvent s'accompagner de métrorrhagies pendant la gestation.

Dans la variole, aussi bien que dans la fièvre typhoïde ou bien le choléra, les recherches de SERRES, de SPIEGELBERG, de GUSSEROW, tendent à conclure à l'inflammation de la caduque avec écoulements sanguins comme cause d'avortement dans ces maladies.

KARJOUSKI et SLAVJANSKI en s'occupant du choléra chez les femmes en état de gestation, ont démontré la présence de l'endométrite dûe au choléra.

Peu importe, nous nous trouvons en présence du fait suivant : une femme en état de gestation atteinte d'affection grave est prise subitement d'hémorrhagie et avorte.

Ou bien le produit de conception est mort ou bien il est encore vivant.

A la suite d'un avortement ou d'un accouchement prématuré à cause de l'endométrite, le fait le plus intéressant est que la caduque épaissie, vascularisée est retenue dans la cavité utérine.

Pendant les premiers mois les troubles à noter sont les suivants : hemorrhagie brusque, expulsion d'un produit de conception vivant et rétention de la caduque qui est épaissie et vascularisée et nous pensons qu'en face de ces phénomènes nous devons incriminer l'endométrite aiguë hémorrhagique. La métrorrhagie ne serait qu'un symptôme de l'endométrite.

Nous trouvons aussi dans le recueil de nos observations des cas où des femmes, paraissant bien portantes, mais ayant antérieurement fait des accouchements prématurés ou des avortements, sont prises de pertes sanguines rosées. Ces pertes ont les caractères suivants : pauvres en sang, riches en eau et se terminant par l'expulsion du produit de conception vivant, suivies de rétention de la caduque. Dans ce cas il s'agit bien certainement d'endométrite gravidique. Le liquide que ces femmes perdent teint le linge en rose en même temps qu'il l'empèse ; le centre des taches est incolore ou grisâtre, la périphérie est limitée par une circonférence rougeâtre ; puis le sang devient plus foncé ; de véritables hémorrhagies fort peu abondantes, mais se continuant pendant plusieurs semaines, alternent avec les écoulements hydrostéiques. Malgré le repos absolu ces femmes continuent à perdre jusqu'au jour ou apparaît le travail auquel fait suite l'expulsion de quelques caillots.

Alors l'avortement est tout prêt de se faire. Il ne tarde pas en effet à se produire et la première constatation que l'on fait en regardant le placenta et les membranes c'est que le placenta est épais, d'aspect « Chateaubriand » que la caduque est épaissie, vascularisée et qu'elle a été retenue en partie ou même en totalité.

B, Les métrorrhagies de la fin de la gestation

On les attribue généralement à l'insertion basse du placenta. Mais si l'on voulait chercher la raison de cette insertion basse du placenta, insertion que nous trouvons presque dans toutes nos observations, nous constaterions qu'elle se produit de préférence chez les grands multipares et qu'elle s'accompagne dans bien des cas de rupture prématurée des membranes. M. le professeur Pinard attribue à juste raison cette rupture prématurée des membranes, au voisinage de gâteau placentaire situé tout près de l'orifice utérin.

M. Pinard dit que l'endométrite prédispose à l'insertion basse du placenta.

En Allemagne, Hoffmeier (1) et Kaltenbach (2) croient que la pathogénie de l'insertion basse du placenta serait dûe à l'endométrite.

Vu le grand nombre de cas que nous avons observés et vu aussi la coïncidence de la coexistence de l'endométrite avec le placenta inséré bas, avec rupture prématurée des membranes et avec accouchement prématuré, nous aurions une tendance à les mettre sous la dépendance de la même cause : l'endométrite.

(1) Hoffmeier. Die menschliche placenta. Wiesbaden 1890 et deuxième congrès all. 1888, page 189.

(2) Kaltenbach. Zur pathogen. der placenta proevia. Berliner Klin Woch 48 oct. 1889.

III. Expulsion prématurée du produit de conception. — Avortement et Accouchement avant terme.

Le fait capital qui domine toute l'histoire de l'endométrite dans ses rapports avec l'évolution de la gestation, c'est l'avortement ou accouchement prématuré.

Dans certains cas, une hémorrhagie grave aura été le prélude, le premier symptôme alarmant qui, brusquement, sera suivi de l'avortement du produit de conception.

Dans d'autres cas où l'affection a une marche moins aiguë, la femme aura pu continuer sa gestation jusqu'au voisinage du terme et alors seulement des petites hémorrhagies fréquentes mais peu abondantes, précéderont l'expulsion d'un enfant prématuré.

L'avortement et l'accouchement prématurés dans les cas que nous avons observés, ne sont que des expressions symptômatiques d'une seule et toujours la même affection : l'endométrite.

L'étiologie de l'avortement est ainsi bien facile à comprendre et certains auteurs, comme Ruttledge (1) ont rapporté des cas où l'avortement dans un cas de cancer utérin ne pouvait s'expliquer que par une endométrite du corps utérin consécutive au cancer.

(3) Cancer utérin et grossesse. Berlin. 1876 in thèse de Bar.

IV. - Expulsion du fœtus mort.

La caduque, organe destiné à nourrir l'enfant, ne peut plus accomplir son rôle physiologique en cas d'endométrite et du fait des transformations pathologiques dont elle est le siège, il y a obstacle à la nutrition de l'œuf et le produit de conception meurt.

V. — Rupture artificielle des membranes

Il y a des cas où l'endométrite détermine un épaississement exagéré des membranes, lesquelles ayant perdu de leur élasticité sont devenues trop solides et s'opposent à la progression du fœtus et, par ce fait même, elles ne constituent plus un bon dilatateur. Il faut alors faire la rupture artificielle des membranes pour éviter tous les inconvénients que le tiraillement sur les membranes peut entraîner. C'est dans ces cas où l'œuf adhére au bord de l'orifice utérin pendant le travail, qu'il résulte un arrêt de la dilatation, et il suffit de rompre les membranes ou de décoller le pôle membraneux de l'œuf pour assister à la marche rapide ou tout au moins régulière et progressive du travail.

VI. Rupture prématurée des membranes

Dans d'autres cas, les membranes sont devenues tellement friables et peu résistantes qu'elles se

rompent avant la dilatation complète, et quelquefois même avant tout début de travail, exposant la femme au risque de l'infection et en fin de compte à l'avortement et à l'accouchement avant terme.

VII. — La dissociation des membranes ovulaires fœtales

Nous pensons que la dissociation des membranes, que l'on considère trop souvent comme un petit incident, sans grande valeur et sans grand intérêt, doit au contraire être examinée d'un peu plus près, tant au point de vue pathogénique que pour les conséquences pratiques qui en découlent.

Analysons comment se produit la dissociation des membranes, et pour cela, cédons la parole à M. le docteur A. Fruhinsholz (1) :

« *Définition.* — La dissociation des membranes « fœtales consiste dans un clivage qui se fait entre « l'amnios et le chorion et d'où résulte la séparation l'une de l'autre de ces deux membranes sur « une surface plus ou moins considérable. »

La dissociation est *partielle* lorsque l'indépendance des deux membranes ovulaires fœtales n'est pas acquise sur toute son étendue ; en ce cas, elle est généralement localisée au voisinage de l'orifice d'ouverture des membranes; plus rarement elle l'est autour de la zone d'implantation du cordon.

(1) *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie,* T. XXIV, p. 263.

La dissociation est *totale,* lorsque les deux sacs
ui, à l'état normal, se font une mutuelle doublure,
sac amniotique et le sac chorial se sont complè-
ment déboîtés l'un de l'autre ; le sac amniotique
nd en ce cas à descendre, au cours du travail, à
avers une sorte de boutonnière que lui fait le sac
norial resté en place ; il ne descend toutefois
l'autant que le lui permet son adhérence intime
ec le cordon, au point où il se réfléchit sur le
ed de celui-ci.

Aspect clinique. — La dissociation des membra-
s ne se reconnaît guère en clinique que lorsqu'elle
t complète, ou du moins assez étendue. Elle existe
fait presque à chaque fois qu'une poche des
ux accède à la vulve ou vient entr'ouvrir celle-ci.
qu'on voit en pareil cas, c'est la poche amnioti-
ue qui s'est échappée par une boutonnière du
norion et qui joue à travers celle-ci à la manière
un sac herniaire à travers son anneau.

Mais la dissociation ne devient généralement évi-
nte qu'après l'issue du fœtus, par les constatations
'elle permet de faire au niveau des organes gé-
iaux.

Il existe une traîne membraneuse qui bave sur la
ulve ; elle est d'apparence nacrée ; elle tombe sur
commissure postérieure et voile le périnée ; en y
gardant de plus près, on se rend compte qu'il y a
une membrane qui engaîne le cordon, figurant
tour de lui un *parapluie mal fermé* sur son man-
ue ; il s'agit en réalité de l'amnios dissocié qui est

devenu indépendant du chorion et qui fait étui au cordon.

Au point où nous en sommes, c'est-à-dire immédiatement après la sortie du fœtus, avant tout décollement placentaire, il y a impossibilité anatomique à ce que le chorion vienne constituer à la vulve un faisceau membraneux aussi important. Au contraire, la séparation de l'amnios rend parfaitement compte de cet état de chose.

Lorsque la dissociation est totale et qu'on cherche à reconstituer l'œuf dans sa forme primitive sur une main épanouie en éventail lui faisant un support, on constate que la cavité ovulaire est faite de deux poches inscrites l'une dans l'autre, une poche choriale extérieure, qui figure la silhouette exacte de l'œuf complet, une poche amniotique intérieure simulant une tente conique mal déployée autour d'un piquet central qui serait le cordon.

Qu'on fasse maintenant l'épreuve suivante : qu'on soulève au-dessus d'un plateau la masse placentaire dans sa totalité en l'enlevant successivement par l'amnios et par le chorion agissant isolément, on constatera que le seul poids de l'arrière-faix suffira pour déchirer le chorion, tandis que l'amnios résistera. Ce fait est d'importance capitale au point de vue pratique. Il est la démonstration de la notion classique d'un amnios plus résistant que le chorion.»

En analysant les circonstances dans lesquelles on trouve la dissociation amnio-choriale, nous la trouvons :

1° Lorsqu'il y a rupture prématurée, c'est-à-dire avant la dilatation complète en même temps que surviennent d'une façon continue les contractions utérines ;

2° En cas de placenta bas ;

3° En cas d'adhérence anormale du pôle membraneux inférieur de l'œuf ;

4° Insertion vélamenteuse du cordon ou présence d'un « méso ».

Première éventualité.

Il faut faire la rupture des membranes à la dilatation complète pour éviter dans la mesure du possible que les membranes ne se dissocient.

Si les membranes résistent c'est le décollement placentaire qu'il faut craindre.

Deuxième éventualité. Insertion basse du placenta.

Pinard a bien montré que, si l'insertion basse du placenta était anatomiquement *une*, elle devenait polymorphe dans ses modalités cliniques. Suivant les cas on a l'hémorrhagie, la dissociation des membranes et la rupture prématurée ou précoce.

Au moment de la délivrance en effet, la situation est la suivante : un placenta adhérent avec son chorion, un amnios tout à fait décollé. Dans les cas d'endométrite il arrive qu'on ait affaire à une muqueuse malade, circonstance qui tend à rendre la délivrance plus délicate et le décollement plus difficile. La rétention totale ou partielle de la caduque en est la règle.

VIII. **Endométrite et délivrance**

Le fait capital à retenir est la rétention partielle ou totale de la caduque. Voilà le fait prédominant celui que nous avons rencontré dans presque toutes nos observations.

Ce n'est pas à dire que l'amnios et le chorion ne sont pas eux aussi retenus dans certains cas. Mais c'est là un fait de beaucoup moins fréquent que la rétention de la caduque altérée dans sa structure histologique.

Quelque fois nous avons constaté aussi la présence de cotylédon resté adhérent dans la cavité utérine.

IX. **Endométrite et suite de couches**

Nous ne dirons que très peu de choses sur les rapports de l'endométrite et des suites de couches parce que dans les observations que nons avons examinées à la clinique Baudelocque nous n'avons pas trouvé des cas d'infection post-partum chez les femmes ayant eu de l'endométrite, qui puissent nous permettre de tirer une conclusion autre, que, les suites de couches pathologiques chez les femmes surveillées deviennent de moins en moins fréquentes.

En tout cas nous saurons que ce qu'il y a à craindre c'est l'infection puerpérale. Les débris de caduque se putréfient, la fièvre s'allume et si un traitement approprié n'intervient pas à temps, la muqueuse utérine restera malade, et la femme aura à redouter les pertes sanguines et les avortements répétés.

ROLE DU TRAUMATISME SEXUEL ET DU REPOS

Avant de terminer nous allons dire un mot aussi ur le rôle que peuvent jouer le traumatisme sexuel t le repos sur l'évolution d'une gestation.

Il est incontestable que le repos joue un rôle très avorable sur l'évolution de la gestation en cas d'enométrite.

Nous avons remarqué, que bien des fois lorsu'une femme en état de gestation était mise au epos absolu, sa gestation évoluait jusque tout près u terme et dans des cas où la vie du produit de onception, était menacée, ce n'est que le repos enore qui nous a permis de sauver des enfants, irrémédiablement voués à la mort.

Rôle du traumatisme sexuel

Le traumatisme sexuel exerce une influence néaste sur un utérin gravide. Nous avons vu des fem-

mes venir expulser des produits de conception prématurés, très peu de temps après avoir eu des rapports sexuels ; et, si par cette action de balistique s'exerçant sur un utérin gravide normal, nous pouvons très bien comprendre un accouchement avant terme, nous pouvons mieux encore comprendre cette action traumatique, produisant le décollement de l'œuf, dans les cas où la muqueuse utérine est lésée par l'endométrite. Thèse de Geolkver (Les conséquences du traumatisme sexuel pendant la gestation) 1913.

Endométrite et Allaitement maternel

L'allaitement est le complément de la gestation ; la sécrétion lactée est la dernière phase du cycle génésique.

L'endométrite s'améliore et même guérit sous l'influence de l'allaitement maternel

Jacquemier dit (1) : On observe moins souvent chez les femmes qui se nourrissent sans se fatiguer, des écoulements sanguins légers, se répétant et persistant au delà du temps ordinaire des couches. Quelques femmes sujettes à des congestions sanguines, à des manifestations névralgiques du côté des ovaires et de l'utérus, se trouvent débarrassées de ces accidents après une ou deux grossesses, suivies d'allaitement. »

Verriet-Litardière (2) dit : « La femme qui allaite

(1) Jacquemier. In Dictionnaire des Sciences médicales, art. Allaitement.

(2) Verriet-Litardière. Thèse Paris 1873.

est moins exposée aux affections utérines que celle qui n'allaite pas.

« Les premières succions auront pour résultat de provoquer par action réflexe des contractions utérines, qui ont pour but d'expulser les derniers caillots qui pourraient souiller la face interne de l'utérus, et y jouer le rôle de corps étranger, ainsi que les débris des membranes ou même du placenta qui pourraient y séjourner encore et qui y séjournent plus souvent qu'on pourrait le croire.

« Plus tard, vers le sixième ou le huitième mois, lors de l'apparition des premières dents, l'enfant n'est plus si parfaitement rassasié par le lait maternel.

Longet dit que la première dent de l'enfant rompt l'attachement de celui-ci d'avec sa mère.

« C'est à ce moment qu'a lieu vraiment la séparation entre la mère et le nouveau né, plus tôt qu'au moment où le ciseau tranchait le cordon ombilical. Puis alors, la fonction génitale va redescendre vers l'utérus, les ovaires vont se réveiller et bientôt aura lieu une nouvelle ovulation, ovulation qui s'accomplira physiologiquement, car les parois de l'utérus, sa muqueuse *ont accompli silencieusement, mais complètement, leur évolution rétrograde.*

« Dans bon nombre de cas, la cause de l'hémorragie utérine, réside dans ce que la muqueuse n'est point régénérée complètement et qu'elle n'offre aucun appui aux nouveaux capillaires,

« Pourquoi les affections utérines, métrites, hypertrophie etc. sont elles si fréquentes à Paris, alors qu'elles sont si rares à la campagne ? N'en pourrait-on pas trouver l'explication dans ce fait : qu'à la campagne, parce que toutes les mères nourissent leurs enfants, tandis qu'à Paris.....

Dans le recueil de nos observations, nous avons pu vérifier les trop justes remarques de Verriet-Litardière.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

ANNÉES 1911-1912.

(A. PINARD, des archives de la clinique Baudeloque).

Endométrite, Avortement thérapeutique, observation rédigée par M. Lacasse.

La femme P..., 29 ans, crémière, entre à la clinique Baudelocque le 15 mars 1911, parce qu'elle présente au cours d'une gestation de 5 mois environ des pertes séro-sanguinolentes qui l'inquiètent.

Dans ses antécédents physiologiques on note l'apparition des règles à 13 ans, régulières depuis et d'une durée de 4 jours ; les premiers rapports ont eu lieu à 19 ans. En avril 1902, accouchement spontané à terme (?) d'une fille, s'étant présentée par le sommet, élevée ensuite au biberon dans le milieu familial, vivante actuellement.

Pendant cette gestation, on aurait constaté la présence de l'albumine dans les urines ; la date de la constatation de cette albuminurie et son chiffre ne peuvent être précisés. Retour des règles 6 semaines après l'accouchement.

ABRÉVIATIONS :

R. de R. : Retour des règles.
S. A. : Sérum antistreptococcique.
H. U. : Hauteur utérine.
D. R. : Dernières règles.

Deux avortements ont eu lieu ensuite à une époque dont la malade n'a pas gardé le souvenir ; le premier s'est terminé par l'expulsion d'un fœtus vivant au 5e mois ; retour des règles, 6 semaines après l'expulsion ; le deuxième par l'expulsion d'un fœtus vivant au 4e mois de la gestation ; retour des règles 6 semaines après l'expulsion.

Le 25 mars 1908 a eu lieu à Boucicaut un accouchement gémellaire à terme (?), le premier enfant élevé au biberon par sa mère est mort à 14 mois ; le second est actuellement vivant. Retour des règles 6 semaines après l'accouchement.

L'albuminurie aurait persisté depuis sa première apparition ; toutefois sans augmentation au moment des gestations.

Pour la gestation actuelle, les dernières règles ont eu lieu du 14 au 18 octobre 1910. Depuis le 15 décembre 1910, la femme présente des pertes séro-sanguinolentes peu abondantes, mais continues ; à cette époque quelques vomissements sont apparus, néanmoins la femme a continué à travailler.

Au début de mars 1911, les pertes augmentent d'abondance et sont plus franchement sanglantes ; en même temps des douleurs vagues dans l'abdomen se montrent ; la femme cesse de travailler et consulte un médecin qui lui prescrit des injections vaginales chaudes, puis l'envoie à la Clinique.

A l'entrée, le 15 mars, on constate que l'état général est médiocre, le faciès est pâle, quoiqu'il n'y ait pas d'amaigrissement notable ; les téguments sont décolorés, le pouls bat à 88. Pertes rosées assez abondantes. La hauteur utérine est de 18 centimètres ; au palper l'utérus est mou, on ne peut y déceler aucune partie fœtale ; à l'auscultation,

on ne perçoit pas les bruits du cœur. Au toucher on trouve un col ramolli, mais on ne perçoit pas de ballottement fœtal. Etant donné l'état général et local de la femme, on émet l'hypothèse d'une dégénérescence molaire de l'œuf.

Léger nuage d'albumine qui disparaît après 4 jours de régime lacté.

Le 16 mars, M. Pinard élimine le diagnostic de môle, car en touchant la femme avec deux doigts, il perçoit nettement dans le cul-de-sac antérieur du vagin au niveau du segment inférieur un ballottement fœtal. Il prescrit le repos absolu au lit, et des injections vaginales bi-quotidiennes chaudes à 50°.

Les jours suivants, l'état général reste le même, les pertes semblent s'atténuer, le pouls reste entre 90 et 96 ; la température aux environs de 37°.

Le 26 mars. L'écoulement sanguin, sans être plus abondant, persiste, le pouls s'élève à 100 et s'y maintient les jours suivants.

Le 31 mars. M. Pinard trouve le pouls à 120, perçoit de nouveau le ballottement vaginal, et étant donné le mauvais état général de la femme, et la persistance de l'écoulement sanguin donne l'ordre d'évacuer l'utérus le lendemain si le pouls est encore à 100.

Le 1er avril. Le pouls était à 108, M. Lacasse introduit sans difficultés dans l'utérus un ballon de Champenier de 50 grammes. Dans l'après midi apparaissent des contractions utérines douloureuses.

Le 2 avril. Le pouls est à 100. M. Lacasse retire le ballon de 50 grammes et le remplace par un ballon de 80 grammes. Dans l'après midi, se montrent des contractions utérines douloureuses, fréquentes.

Le 3 avril à 4 heures, le ballon est expulsé et M. Sellet

externe du service extrait sous chloroforme un fœtus de sexe masculin, long de 29 centimètres pesant 570 grammes, qui remue pendant quelques instants. Le placenta est facilement décollé et extrait. Injection intra-utérine prolongée de 12 litres d'eau bouillie à 50°.

Les suites de couches ont été absolument normales et apyrétiques, le pouls resté aux environs de 100 tombe à 84 le 8 avril, et n'atteint plus 80 lorsque la femme quitte le service le 11 avril, sur sa demande. Le faciès s'est progressivement recoloré et la malade est en parfait état.

Le placenta est de forme discoïde, son poids de 240 gr., la caduque en partie retenue est extrêmement épaissie, on trouve a sa surface des caillots d'âges divers très adhérents, vestiges d'hémorragies anciennes.

OBSERVATION II

(A. PINARD obs 48, des archives de la Clinique Baudelocque)

Avortement au 4e mois

D. L., âgée de 26 ans, de profession ménagère entre au dortoir le 6 janvier 1912 pour pertes de sang abondantes.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires, physiologique et pathologiques.

C'est une 3 pare.

1 La première gestation se termine en Février 1903 chez elle par un accouchement prématuré au 8e mois d'une fille se présentant par le sommet élevée au biberon par la grand mère. 1re dent à 9 mois, premiers pas à 18 mois Morte à 8 ans de Meningite (?) Pas de hernie ombilicale, pas d'in-

continence d'urine. R de R. 6 semaines après l'accouchements.

2 *gestation*. Février 1910 à Baudelocque (obs 313) Avortement au cours du 6e mois après les dernières règles. Expulsion spontanée d'un fœtus pesant 1180 gr. mort après quelques inspirations. Placenta 450 gr.

Pour sa gestation actuelle la date des dernières règles est du 1er au 4 septembre. L'utérus mesure 13 cm. L'âge probable de la gestation à son entrée dans le service est de 4 mois. La femme vient de chez elle où elle faisait son ménage.

Le dernier rapport il y a 2 mois. Pas d'albumine.

Cette femme a toujours eu des pertes de sang abondantes dès le début de sa gestation. 15 jours après ces pertes qui avaient lieu surtout la nuit, elle a eu deux fortes hémorragies qui lui durèrent 8 jours chaque fois. Elle est alors entrée au dortoir, où on la mit au repos et on lui fit des injections chaudes. Malgré les injections, les pertes n'ont pas cessé mais sont cependant moins abondantes.

Le travail commence le 10 janvier à 22 h. et à 23 h. 55' elle expulse un œuf complet pesant 390 gr. La caduque épaissie et vascularisée est retenue presque en totalité.

Le pouls est à 80, et la température 36°8.

OBSERVATION III

(A. Pinard ; obs. 61 des Arch. de la Clinique Baudelocque)

Accouchement prématuré au 8e mois

H. Madeleine, âgée de 20 ans, femme de chambre, entre à la salle de travail, ayant eu la poche des eaux rompue le 10 janvier à 1 h. du matin, le 13 janvier 1912 à 2 h. 15. Toujours très bien réglée depuis l'âge de 11 ans.

Primipare. Les dernières règles datent du 28 mai au 5 juin. Hauteur utérine 29 cm. Elle ne peut pas être à terme.

Pas de traumatisme sexuel. Pas d'albumine.

Elle a eu pendant sa gestation de l'hypersécrétion vaginale.

Le travail débute le 12 janvier à 9 h. du soir, elle entre le 13 janvier à la salle de travail à 2 h. 35'. L'enfant se présente en O. I. D. P.

La dilatation est complète le 14 janvier 1912 à 2 h.

Les membranes se sont rompues spontanément et prématurément le 10 à 1 h., donc 68 heures avant le début du travail. S. A. 40 gr.

Elle expulse un enfant vivant pesant 2.420 gr. et un placenta pesant 550, ayant l'aspect discoïde et *Chateaubriand*. Les membranes sont déchirées et la caduque est épaissie et vascularisée.

Donc, accouchement prématuré au cours du 8e mois.

OBSERVATION IV

(A. Pinard ; obs. 218 des Arch. de la Clin. Baudelocque)

Expulsion d'un œuf complet. Endométrite

E. B., âgée de 30 ans, ménagère.

IV pare, entre à la clinique le 14 février à 8 h.

Sa première gestation s'est terminée au mois de novembre 1899 chez elle par un accouchement spontané à terme? d'une fille 2.500 gr. Nourrie au sein maternel pendant 4 mois, puis au biberon par la mère. Premières dents à 4 mois, premiers pas à 12 mois. Vivante. R. de R. 2 mois après l'accouchement.

Deuxième gestation. Mars 1900, chez elle, sommet spontané, à terme (?) Garçon 5.000 gr. Nourri pendant 6 semaines au sein maternel, ensuite au biberon par la mère. Premières dents à 12 mois, premiers pas à 22 mois. Vivant. R. de R. 2 mois après.

Troisième gestation. Février 1901, chez elle, présentation de l'épaule? Garçon 5.750 gr., nourri au sein maternel pendant 6 semaines, ensuite au biberon par la mère. Premières dents à 6 mois, premiers pas à 15 mois. Vivant. R. de R., 2 mois après.

Pour sa gestation actuelle. — Les dernières règles datent du 1 au 8 oct. 1912. Hauteur utérine 17 cm. La femme s'est reposée depuis 15 jours chez elle. Elle présentait de l'hypersécrétion vaginale pendant la gestation.

Le 13 février, la femme va consulter à la maternité, où on lui conseille le repos absolu et les injections vaginales chaudes. Le 14, à 4 h., la femme perd du sang avec des caillots. Elle prend des injections chaudes qui n'arrêtent pas l'hémorragie.

Le 14 février à 8 h., elle entre à la Clinique Baudelocque. Les douleurs sont plus fréquentes et s'accentuent dans le courant de la journée pour devenir plus rapprochées vers 19 h. A 19 h. 45. elle expulse spontanément un œuf complet dont le fœtus pèse 60 gr. et le placenta 120 gr.

Le placenta est inséré bas et la caduque est très épaissie.

OBSERVATION V

(A. PINARD ; obs. 498 des Arch. de la Clin. Baudelocque.)

Avortement au 4e mois fait en deux temps.
Rétention placentaire. Fièvre. Endométrite.

G. Joséphine, âgée de 33 ans. III pare ne présentant rien de spécial dans ses antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques.

1re gestation s'est terminée le 1er avril 1907 à la Maternité. Sommet spontané à terme ? Garçon élevé au sein maternel jusqu'à 19 mois. Premières dents à 8 mois, premiers pas à 19 mois. Vivant. R. de R. 5 mois après l'accouchement.

2e gestation se termine à la Maternité par un accouchement à terme d'un enfant se présentant par le sommet. Garçon mort pendant le travail, on lui fait la Basiotripsie. R. de R. 6 semaines après l'accouchement.

Pour sa gestation actuelle. La date des dernières régles est de la fin de décembre 1911. H. U. 17 cm. Elle se repose depuis plus de 3 mois. Présente une hypersécrétion vaginale abondante.

Depuis le début de sa gestation cette femme est venue 2 fois consulter à la clinique Baudelocque. Elle revient actuellement pour des pertes de sang abondantes survenant à l'occasion de la moindre fatigue. On conseille à la femmes des injections vaginales chaudes biquotidiennes et le repos absolu au lit. Mais elle ne suit pas le traitement et les pertes sanguines persistent.

Le 11 avril dans la nuit sans que la femme ait remarqué

rupture de la poche des eaux, il se produit une procidence du cordon. A 15 heures elle arrive à la clinique. Le cordon est procidant à la vulve, à ce moment la femme ne présente pas de contractions utérines douloureuses. Le col est déhiscent. Le pouls 88. Temp. 36°8. S. A. 40 cc.

Le 12 avril à 0 h. 30 apparition des premières contractions douloureuses, à 2 h. 45 la dilatation est suffisante et la femme expulse un fœtus du poids de 100 gr. Le pouls 88. Temp. 36° 7. La femme reste ainsi avec une température normale, sans accélération du pouls toute la journée du 12, du 13 et du 14.

Le 14 avril à 22 heures, la temp. monte à 38°3 et le pouls oscille entre 104, 100 et 110. M. Théoharide introduit un ballon de Champetiers de 100 gr. à 23 h. Les contractions utérines douloureuses reprennent.

Le 15 à 24 h. 50, le ballon est expulsé. M. Sellet pratique le curage digital sans anesthésie. Pouls 120. Temp. 39°1. A 19 h. temp. 38°7. Pouls 104. Le 16 avril, temp. 37°3. Pouls 88.

Le placenta pèse 100 gr., présente les particularités du placenta Chateaubriand, les membranes sont déchirées au point qu'on ne puisse faire aucune mensuration.

OBSERVATION VI

(A. PINARD obs. 503 des arch. de la Clinique Baudelocque).

Sur un cas de rupture prématurée des membranes 39 heures avant le début du travail. Accouchement prématuré au cours du 8e mois. Endométrite. Pas de repos. Insertion basse du placenta.

J..., Francine, primipare âgée de 22 ans dont les dernières règles datent du 13 au 17 août 1911 ayant une hauteur

utérine de 26 cm arrive à la clinique le 16 avril à 7 h. d
matin ayant perdu ses eaux depuis le 14 avril à midi.

Le travail débute le 16 avril à 3 h. La dilatation est com
plète à 9 h. 15.

La rotation est faite à 9 h. 50 et la femme expulse
9 h. 55 un enfant du poids de 2.400 gr. (fille). Une dem
heure après, la délivrance est faite par expression française
Le placenta pèse 410 gr. présentant les caractères « *Chateau
briand* », légèrement bordé. La caduque est épaissie et vas
cularisée. Mensuration des membranes 24/4.

Cette femme accouche par conséquent prématurémen
au cours du 8me mois. Elle a eu une abondante hypersécré
tion vaginale pendant les 2 premiers mois de la gestation
Avec cela elle travaillait debout et a eu un rapport 10 jour
avant son accouchement.

OBSERVATION VII

(A PINARD obs. 512 des Arch. de la Clinique Baudelocque)

*Sur un cas d'expulsion au cours du 6e mois d'un fœtu
mort de 430 gr., placenta 170 gr. Endométrite.*

P... Henriette, âgée de 31 ans, de profession ménagère
est à sa 3me gestation.

Ne présente rien de particulier dans ses antécédents hé
réditaires, physiologiques et pathologiques.

Pour ses gestations antérieures la femme nous donne le
renseignements suivants :

Ire Gestation s'est terminée le 15 août 1907, à St-Louis, pa
l'accouchement d'un sommet spontané à terme d'une fill

élevée au biberon par la mère pendant 2 ans, 1re dent à 4 mois, 1er pas à 18 mois, vivante. R. de R. 6 semaines après l'accouchement.

IIe Gestation s'est terminée, le 15 octobre 1910, chez une sage-femme en ville par un accouchement d'un enfant se présentant par le sommet. Accouchement spontané à terme (?). Fille élevée au biberon par la mère. Morte à 9 mois (en juillet) d'entérite R de R. 6 semaines après l'accouchement.

Quant à sa gestation actuelle : les dernières règles datent du 13 au 17 Novembre. Au moment de l'accouchement l'âge probable de la gestation est de 6 mois environ. Elle travaillait comme ménagère.

Elle présentait de l'hypersécrétion vaginale et d'après ce qu'elle nous raconte, elle aurait présenté des pertes hémorragiques à plusieurs reprises le 4 février et le 27 mars pendant deux jours chaque fois. Elle n'a pas consulté et par conséquent n'a suivi aucun traitement. Depuis le 11 avril la femme dit perdre du sang d'une façon continue et peu abondante.

Le 18 avril, les membranes se rompent spontanément à 6 h. 30. La femme rentre à la salle de travail à 15 heures le même jour et à 16 h. 30 elle expulse un produit de conception mort pesant 430 grammes.

L'expulsion spontanée du placenta se fait 5 minutes environ après celle du fœtus. Le placenta est de forme discoïde, pèse 170 grammes et présente les particularités *Chateaubriand*. Les membranes sont déchirées et incomplètes. La caduque est totalement retenue. Le pouls est 84. La température 37°.

OBSERVATION VIII

(A. PINARD; obs. 677 des Arch. de la Clin. Baudelocque

Avortement au cours du troisième mois. Pas de repos. E
dométrite.

La nommée B..., Jeanne, âgée de 22 ans, primipa
ayant eu ses dernières règles du 4 au 22 mars, n'a jam
consulté pendant sa grossesse, qui paraissait évoluer no
malement. Elle présentait seulement une hypersécréti
vaginale. Elle travaille son ménage. Le 9 mai, à midi, e
commençait à perdre un peu de sang, mais d'une faç
peu inquiétante.

Le 26 mai au matin, les pertes continuant, elle expu
subitement beaucoup de sang et des caillots qu'elle n'ex
mine pas.

Elle vient à la clinique le 26 mai à 20 heures et expu
en urinant une masse placentaire du poids de 110 gramm

Le placenta est *Chateaubriand*, déchiqueté. Les me
branes (amnios et chorion) sont complètes, mais la cad
que est retenue en totalité. Placenta inséré bas 11/1.

Cette femme fait un avortement au cours du troisiè
mois de sa gestation. Le premier temps de son avorteme
est fait en ville.

OBSERVATION IX

(A. PINARD, obs. 387, des Arch de la clin. Baudelocque

Sur un cas d'expulsion prématurée au cours du septiè
mois d'un fœtus vivant pesant 690 grammes. Endométri
hémorragie retro-placentaire.

La femme P..., Hélène, âgée de 24 ans, de profess

lingère, vient consulter à la clinique pour des pertes de sang et on l'admet au dortoir.

C'est une troisième pare.

La première gestation s'est terminée chez elle en 1905 par l'expulsion spontanée prématurée d'un enfant mort et macéré au cours du cinquième mois, Garçon. R. de R. Six semaines aprés.

Deuxième gestation. Chez elle. Expulsion prématurée d'un enfant vivant au cours du sixième mois, fille morte demi heure après l'accouchement. R. de R. 6 semaines après.

A la suite de sa deuxième gestation, la délivrance ne s'étant pas faite instantanément, la femme a été conduite à l'hôpital Tenon où on lui a fait un curettage. Elle est restée 4 jours à l'hôpital. Elle entre chez elle où 12 jours après apparaît une phlébite du membre inférieur gauche. La malade est restée couchée et sa jambe immobilisée dans une gouttière pendant six semaines. On enlève la gouttière et la malade garde le lit encore quinze jours, puis elle se lève. Pas de complications ultérieures.

La gestation actuelle semblait évoluer normalement malgré une abondante hypersécrétion vaginale, lorsque le 21 mars, à 8 heures du soir, la femme a eu une perte de sang assez abondante. Elle vient consulter à la clinique où on l'admet au dortoir. On lui donne des injections vaginales chaudes à 50° et la perte s'arrête.

Le 22 mars, à 23 h. 30, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses. Elle entre à la salle de travail le 23 mars à 0 h. 30. La dilatation est de 2 fr. L'auscultation est bonne. A 1 h. 50, la dilatation est complète, la rupture des membranes se fait spontanément, le liquide qui s'écoule est légèrement verdâtre. A 2 heures, elle expulse

un fœtus vivant du poids de 690 grammes. La délivrance est faite aussitôt après et donne un placenta du poids de 250 grammes. Les membranes sont dissociées et la caduque est retenue en partie très épaissie et vascularisée.

Insertion marginale du cordon à 1 centimètre du bord inférieur.

L'enfant présente un mauvais état physique et il meurt le 28 mars.

OBSERVATION X

(A PINARD obs 1038 des archives de la clinique Baudelocque)

Sur un cas de rupture prématurée des membranes une heure avant le début du travail. Accouchement prématuré au cours du 9e mois. Endométrite.

La femme R. Anna âgée de 20 ans de profession ménagère arrive à la clinique le 26 juillet 1912 ; elle est admise au dortoir où elle continua le repos qu'elle s'était imposé depuis le commencement de sa gestation.

C'est une primipare dont les dernières règles datent du 18 au 22 novembre et qui au moment de son entrée avait une hauteur utérine de 34 cm.

Le 11 août à 9 heures les membranes se rompent spontanément et prématurément puisque le travail débute à peine à 20 heures.

Elle entre à la salle de travail a 21 heures avec une dilatation d'à peine 0,50 centimes et à 22 heures 20, la dilatation est complète. Un quart d'heures après elle expulse un enfant vivant du sexe masculin pesant 2900 gr.

Une demi-heure après on fait la délivrance par expression et traction combinées et l'on retire un placenta du poids de 460 gr, ayant une forme discoïde et présentant les particularités « *Chateaubriand* ».

Membranes complètes en apparence mesurant 25/5.

On fait à la femme une injection sous-cutanée de Serum A de 40 cc.

OBSERVATION XI

(A. PINARD obs. 1082 des archives de la clinique Baudelocque

Sur un cas de rétention fœtale.
Expulsion au cours du 8e mois après les D. R. d'un fœtus mort et macéré. Endométrite.

Il s'agit dans cette observation de la femme D... Andrée primipare âgée de 18 ans n'ayant rien présenté de particulier dans ces antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques, ayant eu son premier rapport à l'âge de 17 ans. Le dernières règles datent du 17 au 23 septembre.

Elle vient consulter pour la première fois à la clinique Baudelocque le 23 juillet, par ce qu'elle ne sentait plus remuer depuis 3 semaines et parce qu'elle avait constaté en même temps une montée laiteuse.

Après examen on lui dit que l'on ne percevait ni bruit du cœur du fœtus, ni mouvements actifs, mais dans le doute on lui dit de revenir dans 8 jours.

Elle ne revient pas consulter.

Le 20 août à 3 heures elle ressent les premières contractions utérines douloureuses. Elle entre à la clinique et est admise à la salle de travail où on trouve une hauteur utérine de

24 cm, un utérus très mou ne permettant pas d'apprécier les parties fœtales. Les bruits du cœur sont nuls.

Au toucher on sent une tête en bas. La dilatation est de cinq francs les membranes intactes. A 21 heures la dilatation est complète et à 22 heures, elle expulse un fœtus mort et macéré de 500 gr. on fait la délivrance par expression française une demi heure après et on retire un placenta pesant 240 gr., de forme discoïde et ayant l'aspect *Chateaubriand*.

Pas de foyers hémorragiques dans le placenta mais, de gros cotylédons. La caduque est épaissie et très vascularisée. Le cordon présente un méso.

OBSERVATION XII

(A. PINARD obs. 1085 des archives de la clinique Baudelocque)

Sur un cas d'accouchement prématuré au cours du 8e mois. Endométrite. Insertion basse du placenta.

Il s'agit d'une primipare nommée B... Emma âgée de 32 ans qui a eu ses dernières règles depuis le 28 Décembre jusqu'au 1er janvier. Cette femme se repose chez elle depuis un mois. Son premier rapport a eu lieu à 31 ans.

Elle a eu pendant sa gestation une abondante hypersécrétion vaginale.

Elle perd ses eaux chez elle avant le début du travail, et vient à la clinique le 21 août à 6 heures. Elle est dans son 8me mois, hauteur utérine 28 cm. elle est admise à la salle de travail à 8 h. 10 ; la dilatation étant complète, elle expulse à 8 heures 30 un enfant vivant du sexe féminin

pesant 2400 gr, dont l'état physique est débile. Une demi heure après on délivre la femme et on retire un placenta *discoïde* et *Chateaubriand* pesant 570 gr. L'amnios et le chorion sont complets mais la caduque est épaissie.

OBSERVATION XIII

(A. Pinard obs. 1129 des arch. de la clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'expulsion au cours du 4e mois d'un fœtus mort et non macéré. Rupture prématurée des membranes au début du travail. Délivrance spontanée. Endométrite. Pas de repos.

La femme dont l'histoire nous préoccupe dans cette observation, nommée H... C. Jeanne, est une primipare âgée de 26 ans, ayant eu ses dernières règles du 5 au 10 mai, sa gestation aurait évolué normalement, sauf de très abondantes pertes verdâtres. Elle n'a jamais consulté et a continué à faire son métier de femme de ménage. Il y a trois semaines en soulevant une pile de draps, elle a eu la sensation que quelque chose s'était déplacé dans son ventre, une sorte de boule qui est descendue vers le bas ventre. Elle a eu à ce moment quelques petites douleurs pendant 24 heures, puis tout est rentré dans l'ordre, sans qu'elle se soit arrêtée dans son travail.

Depuis le 25 août et jusque dans la nuit du 30 au 31 août, elle dit avoir eu des douleurs dans le ventre et que ses pertes habituellement jaunes-verdâtres, étaient striées de filaments sanguinolents.

Dans la nuit du 30 au 31 août les douleurs sont devenues

plus fortes et le 31 au matin elle perd du sang rouge liquide. Elle ne s'est pas alitée et le 31 août à 15 heures, les douleurs deviennent plus violentes encore, et en même temps elle perd du sang rouge liquide et des caillots, puis le liquide est devenu plus clair comme du sang mélangé avec de l'eau, dit-elle.

A 17 h. 10 la femme arrive à la clinique Baudelocque et comme sa température est à 36°7 et son pouls à 80°, elle fut admise à la salle de travail.

Par le palper on constate que l'utérus forme tumeur régulièrement arrondie et occupe la ligne médiane, son fond remonte à 14 cm. au dessus de la symphyse pubienne, cette tumeur se contracte sous la main.

L'auscultation est négative.

Par le toucher on arrive sur le col utérin ouvert comme une pièce de 2 fr. et à travers l'orifice on perçoit des petites parties fœtales, ce sont les pieds du fœtus. Elle perd des caillots. On lui fait une injection de sérum antistreptococcique de 40cc à 19 h 30. La dilatation est suffisante et à 19 h. 40, elle expulse un fœtus mort non macéré qui pèse 120 gr. et dont les organes génitaux externes sont facilement reconnaissables.

Dix minutes après, le placenta est expulsé spontanément. Il pèse 80 gr. Il est discoïde et *Chateaubriand*, bordé, avec dépôts fibrineux sous-choriaux. La caduque est épaissie, vascularisée et retenue en totalité.

L'interrogatoire de la femme ne permet pas de constater aucun accident spécifique dans ses antécédents, et à l'examen on ne trouve la trace d'aucun accident spécifique.

OBSERVATION XIV

(A. PINARD, obs. 1285 des archives de la clinique Baudelocque). *Sur un cas d'accouchement prématuré au cours du 7e mois. Endométrite.*

La nommée J... Eugénie, âgée de 20 ans, de profession ménagère, arrive à la clinique Baudelocque le 5 octobre à 10 heures parce que depuis la veille elle avait ressenti des contractions utérines douloureuses.

C'est une secondipare.

La première gestation s'est terminée en 1911 le 10 octobre chez une sage-femme agréée de Baudeloque par l'accouchement à terme d'un garçon vivant qui se présentait par le sommet. Elevé au sein maternel pendant 2 mois, ensuite au biberon, n'a pas encore fait ses premiers pas. 1re dent à 5 mois. R. de R. 6 semaines après l'accouchement.

Pour sa gestation actuelle, ses dernières règles datent du 5 au 7 mars.

Sa gestation a évoluée d'une façon normale sauf une abondante hypersécrétion cervico-vaginale. Cette femme faisait son ménage. Pas de traumatisme sexuel depuis 5 mois, lorsque le 4 octobre à 4 heures elle fut prise de vives douleurs qui la firent venir consulter à la clinique le lendemain.

En examinant son utérus on lui trouve une hauteur de 28 cm. Au toucher on trouve une dilatation grande comme une pièce de 2 fr. Les contractions utérines douloureuses devenant plus fréquentes on la fit rentrer à la salle de travail le 5 octobre à 10 heures. La dilatation étant complète à 13 h. 30 on rompt artificiellement les membranes et à

13 h. 45 la femme expulse un fœtus de sexe féminin pesant 1850 gr. ayant un mauvais état physique. Une demi heure après son accouchement on fait la délivrance par tractions et expressions combinées et on retiré un placenta pesant 480 gr. de forme discoïde et présentant l'aspect d'un *Chateaubriand.*

Cette femme accouche par conséquent prématurément au cours du 7me mois.

OBSERVATION XV

(A. Pinard. Obs. 1324 des archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au cours du 9e mois avec rupture prématurée des membranes 3 heures avant le début du travail. Hypersécrétion vaginale.

Il s'agit d'une primipare nommée L... Germaine, âgée de 21 ans, de profession domestique, dont les dernières règles datent du 26 au 28 janvier, se reposant depuis 5 mois et n'ayant pas eu de traumatisme sexuel depuis 5 mois, mais ayant présenté durant toute sa gestation d'abondante hypersécrétion vaginale.

Sa gestation a évolué normalement jusqu'au 16 octobre quand elle a eu ses membranes rompues spontanément et prématurément à 5 heures sans avoir ressenti aucune contraction utérine douloureuse. Trois heures après, le travail commence et à 9 h. elle rentre à la salle de travail ayant une dilatation grande comme cinquante centimes. A 11 h. 10 la dilatation est complète et à 11 h. 35 elle ex-

pulse un enfant pesant 3.100 gr. On fait une injection de S. A. de 40 cc.

Une demi heure après on fait la délivrance et on retire un placenta discoïde pesant 450 gr. La caduque est vascularisée, épaissie, et retenue en partie.

OBSERVATION XVI

(A. Pinard. Observation 1512 des archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au 8e mois. Endométrite

Il s'agit d'une primipare nommée P... Suzanne âgée de 22 ans, dont les dernières règles datent du 10 au 16 avril et qui pendant toute sa gestation a eu une intense hypersécrétion vaginale.

Rien dans ses antécédents pathologiques ne peut expliquer son acouchement prématuré.

Sa gestation évolua d'une façon normale jusqu'au 4 décembre à 5 h. quand elle ressentit les premières contractions utérines douloureuses. A 10 h. elle arrive à la Clinique, et elle est admise à la salle de travail. A ce moment on mesure sa hauteur utérine qui est de 27 cm. Elle n'est par conséquent pas à terme. La dilation est de 5 fr. A 12 h. 50 la dilatation est complète. Les membranes se rompent d'une façon tempestive et à 13 h. 10, elle expulse un enfant du sexe masculin pesant 1950 g. Une demi heure après elle est délivrée et son placenta pesant 430 gr. a une forme discoïde et présente les caractères *Chateaubriand*.

L'amnios et le chorion paraissent complets, mais la caduque est épaissie, vascularisée et retenue en partie. Les membranes mesuraient 21/10.

OBSERVATION XVII

(A. PINARD. Observation 1407 des archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'expulsion au cours du 6e mois après les dernières règles d'un fœtus vivant pesant 720 gr. avec un placenta de 500 gr. présentant les lésions caractéristiques de l'endométrite et de la syphilis.

Cette femme, nommée F... Amélie, est une primipare âgée de 19 ans qui aurait eu ses dernières règles du 26 au 30 mai 1912. Elle n'a jamais consulté pendant sa gestation et dit ne rien avoir présenté de particulier depuis le début de sa gestation.

Le 4 novembre 1912, commençant à perdre du sang, elle vient consulter à la clinique Baudelocque où l'on fait les constatations suivantes : H U : 24 cent., fœtus mobile, enfant vivant.

On ordonne le repos absolu et les injections chaudes, mais la femme continuait à perdre du sang de plus en plus et le 5 novembre, à 20 h. 30, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses. A 23 h., rupture de la poche des eaux.

Le 26 novembre, à 14 h., elle arrive à la clinique et est admise immédiatement à la salle de travail. Au palper, on constate la présence d'un fœtus se présentant par le siège,

extrémité céphalique ballottant au niveau de l'ombilic. es bruits du cœur fœtal sont nettement perçus. Au tou- her on trouve un petit siège engagé à travers l'orifice cer- ical dilaté comme 5 fr. A 17 h. 30, la dilatation est suffi- ante et la femme expulse spontanément un fœtus de 720 rammes, qui tente sans succès quelques mouvements ins- iratoires et ne tarde pas à succomber.

Expulsion du placenta 20 minutes après la sortie du fœ- us. Poids, 500 grammes. Placenta réniforme, *Chateau- riand*. Sillons profonds, chair à saucisses ; caduque re- enue en totalité.

OBSERVATION XVIII

(A. Pinard, Observation 1426 des archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au 8e mois Endométrite.

J... J. est une primipare âgée de 20 ans, de profession onne à tout faire. Ses dernières règles datent du 19 au 21 ars 1912, n'ayant pas eu de rapport sexuel depuis 7 mois, ais présentant une hypersécrétion vaginale abondante vant et pendant la gestation.

Sa gestation paraissait évoluer d'une façon normale jus- u'au 8 novembre à 17 heures, quand elle ressentit les pre- ières contractions utérines douloureuses. Elle vient à la inique le 9 novembre, à 4 h. 1/2, avec la dilatation com- ète. On l'admet à la salle de travail, et, à 5 h. 20, elle ex- ulse un enfant pesant 1390 gr., d'aspect débile.

Une demi-heure après, on délivre la femme et on retire un placenta discoïde, *Chateaubriand* pesant 300 gr.

Les membranes sont dissociées et la caduque est épaissie et vascularisée.

OBSERVATION XIX

(A. Pinard. Observation 1524 des archives de la clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au 8e mois Endométrite.

B... Amélie, de profession ménagère, V pare, arrive à la clinique Baudelocque le 29 novembre, à 10 h. 30. Le père de l'enfant est éthylique.

Sa première gestation s'est terminée le 8 décembre 1907 à Tarnier par l'accouchement spontané à terme d'un garçon se présentant par le sommet pesant 3.500 gr. Nourri au sein maternel pendant un mois. Mort de broncho-pneumomonie. R de R 6 semaines après l'accouchement.

Deuxième gestation s'est terminée le 27 décembre 1908 à Tarnier. Sommet spontané à terme. Fille nourrie au sein maternel, morte à 11 jours (?) R. de R. 6 semaines après accouchement.

Troisième gestation. Chez elle sommet spontané à terme (?) Fille vivante, nourrie au sein maternel un an. Première dent à 8 mois, premiers pas à 1 an. Vivante. R de R six semaines après l'accouchement. Opérée de mastoïdite le 24 août 1912.

Quatrième gestation 12 août 1911 à Baudelocque (observ. 1130). Accouchement prématuré au 7e mois. (Endométrite.) Fille 2.800 gr. Placenta 450 grammes. Nourrie au sein maternel pendant deux mois.

Cesse l'alaitement au moment de R. de R. et aussi parce
l'ayant eu des chagrins, la sécrétion lactée fut troublée et
enfant en souffrait. Nourrie ensuite au lait stérilisé, encore
ujourd'hui (âgée de 16 mois) vivante. R. de R. deux mois
près l'accouchement.

Première dent, 13 mois ; premiers pas, 15 mois.

Pour sa gestation actuelle, ses dernières règles datent du
au 24 mars 1912. Elle a eu avant et pendant sa gestation,
ne hypersécrétion vaginale abondante.

Sa gestation évolua normalement jusqu'au 29 novembre,
uand elle arriva à la clinique en pleine période d'expul-
on. A 10 h. 40 elle expulsa un garçon pesant 2.620 gr. et
ne demi-heure après, le placenta était discoïde, *Chateau-
riand*, avec des cotylédons accessoires sur le bord latéral,
esant 590 gr. La caduque est épaissie et vascularisée.

OBSERVATION XX

(A. PINARD ; obs. 1530 des Arch. de la Clin. Baudelocque)

ur un cas d'avortement au cours du 4e mois. Endométrite

M. Sylvie, âgée de 26 ans, couturière, III pare.

Dans ses antécédents pathologiques, nous trouvons la
carlatine à 18 ans et la salpingite à 21 ans, au 7e mois de la
euxième gestation, durée deux mois (soignée par M. Cou-
ellaire).

Pour ses gestations antérieures, nous avons les rensei-
nements suivants :

1re gestation, 25 août 1905, s'est terminée à Bichat chez
ne sage-femme. Sommet spontané à terme ? Fille. Nourrie
u biberon par une nourrice inconnue de la mère pendant

15 jours. Morte à cet âge de gastro-entérite. R. de R. six semaines après l'accouchement.

2e gestation, s'est terminée le 7 août 1907 à Baudelocque (obs. 1240). Garçon du poids de 3.550 gr. Placenta, 470 gr. Nourrie au sein par une nourrice connue de la mère. Premières dents à 18 mois, premiers pas (?). Vivant. R. de R. six semaines après l'accouchement.

Pour sa 3e gestation, les dernières règles datent du 24 au 31 août 1912.

Pendant le mois de septembre, rien à signaler, sauf de l'hypersécrétion vaginale abondante.

Début d'octobre. L'hypersécrétion vaginale devient épaisse et verdâtre, obligeant la femme à garder la chambre, l'odeur est très désagréable. Un médecin consulté ordonne des injections fréquentes et chaudes au permanganate de potasse (3 par jour) et repos absolu. Traitement continué jusqu'à aujourd'hui.

15 novembre. Pertes de sang assez considérables. Caillots. (la femme dit avoir lavé du linge ce jour-là.) Injections chaudes. Repos au lit.

16 novembre. L'hémorragie a cessé. Repos au lit jusqu'au 19 novembre. La femme reprend son travail.

Le 25 novembre. Apparition de contractions utérines douloureuses et pertes de sang et de caillots. Repos au lit. Injections chaudes au permanganate.

26 et 27 novembre. Même état. Même traitement.

28 novembre, 10 h. 30. Expulsion d'un fœtus (chez elle). Hémorragie légère.

29 novembre. L'hémorragie augmente. Le médecin traitant dirige la femme sur la Clinique Baudelocque.

29 novembre, 23 h. La femme arrive à la clinique, où on l'examine, et on trouve :

Pouls : 110 bien frappé ; Temp. 36°6.

Utérus non contracté. Pâleur de la face accentuée. La femme souffre surtout du froid. Elle est mise en chambre très chaude et on lui donne des grogs.

Au toucher on trouve des caillots obstruant le vagin, M. Champeau après avoir préparé le champ opératoire, extrait les caillots du vagin. Le col est dilaté comme cinq fr. Le placenta engagé par une extrémité dans le col occupe par son extrémité inférieure le cul-de-sac postérieur. On l'extrait mais les membranes restent retenues. On lui donne des injections vaginales chaudes prolongées(50° aniodol) L'utérus se contracte et l'eau ressort claire. Pansement vulvaire. S. A. 40 cc grogs. Huile camphrée. Boule d'eau chaude. Pouls, 90 ; temp.. 36°6.

Le placenta, pèse 96 gr.

39 novembre, Faciès coloré, perte insignifiante, inodore ; quelques débris membraneux. Pouls, 80. Temp., 37.

OBSERVATION XXI

(A. PINARD ; obs. 735, des Arch. de la Clin. Baudelocque)

Sur un cas de rupture prématurée des membranes au début du travail. Accouchement prématuré au cours du 9e mois. Endométrite.

G... Jeanne, primipare, âgée de 27 ans. Infirmière. Dernières règles du 9 au 14 septembre. Arrive à la clinique le juin 1912 et est admise au dortoir. Elle avait déjà consulté à la clinique à deux reprises pour une abondante hypersécrétion vaginale pendant la gestation.

Son utérus mesure 32 cm., elle est donc dans son neuvi
me mois.

La gestation évolue normalement jusqu'au 9 juin à 5 h. 3
quand elle perd spontanément ses eaux, au début du tr
vail.

Admise à la salle de travail à 7 h. 30 avec une dilatatio
grande comme 1 fr. La dilatation devient complète à 9 h. 3
et à 10 h. 40 elle expulse un enfant pesant 3.000 gr. av
un placenta pesant 500 gr. de forme discoïde et d'aspe
Chateaubriand, la caduque est épaissie, vascularisée
retenue en partie.

OBSERVATION XXII

A. Pinard obs. 299 des Arch. de la Clinique Baudelocque

Sur un cas d'avortement au 5e mois. Endométrite

B... Amélie, âgée de 31 ans, de profession ménagère.

III pare. Sa première gestation s'est terminée le 1er jui
let en 1906 chez elle par l'expulsion d'un fœtus mort
macéré (?) 3 mois après les dernières règles ; on en igno
la cause. R. de R. 6 semaines après l'accouchement.

2e Gestation s'est terminée, le 25 septembre en 1908,
Baudelocque (Obs. 1637), par un accouchement gemellai
à terme. Application de forceps sur deux sommets. 1er ga
çon 2.650 gr. Nourri au sein maternel 15 mois. 1re dent
mois. 1er pas, 14 mois.

2e garçon, 2 300 gr. Nourri au sein maternel 14 mo
1re dents, 17 mois. 1er pas, à 17 mois. Vivants.

Pour sa gestation actuelle ses dernières règles datent d

12 au 14 octobre. Sa hauteur utérine est de 19 cm., elle est par conséquent dans son 5e mois.

Elle a présenté pendant toute sa gestation, de l'hypersécrétion vaginale. Le 26 février débuta le travail ; le 27 février à 15 h. 1/2, elle arrive à la clinique et on l'admet à la salle de travail. Elle avait le col en voie d'effacement. A 21 h. 40, les membranes se rompent et la dilatation est comme un franc ; à 23 h. 10, la dilatation est suffisante et à 23 h. 15 elle expulse un fœtus mort du poids de 210 gr. Le placenta pèse 145 gr. Il est ovale et *Chateaubriand*. La caduque est très épaissie et retenue presque en totalité. S. A. = 40 cc.

OBSERVATION XXIII

(A. Pinard. Observation 9 des Archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au 8me mois avec rupture des membranes 8 jours avant le début du travail. Endométrite.

G... Léontine, âgée de 33 ans, concierge, v pare.

Première gestation, 25 janvier. Chez elle. Sommet spontané à terme. (?) Fille nourrie au sein maternel pendant 13 mois. Premières dents à 6 mois. Premiers pas à 9 mois. Vivante. R. de R. 6 semaines après l'accouchement. Réglée pendant l'allaitement.

2me gestation. 26 janvier 1903 à Baudelocque (obs. 157). Sommet spontané au 9me mois. Garçon pesant 3.500 gr. Placenta 600 gr. Nourri au biberon. Premières dents à 6 mois. Premiers pas à 11 mois. Vivant. R. de R. 6 semaines après l'accouchement.

3e gestation. 1907. Avortement au 2e mois environ chez elle. R. de R. six semaines après.

4e gestation. 1907. Avortement au 2e mois chez elle (cause ?) R. de R. six semaines après.

Pour sa 5e gestation, les dernières règles datent du 22 au 27 juin 1910.

Elle arrive à la clinique le 29 décembre 1910 pour pertes sanguines. Elle est admise au dortoir, où on lui recommande le repos absolu et on lui fait des injections chaudes à 50°.

L'histoire de la gestation de cette femme est intéressante parce que, malgré le repos qu'elle s'était imposé pour mener à terme cette gestation, elle fut prise durant le 3e mois de sa gestation, de pertes sanguines abondantes qu'un médecin lui arrêta par des injections vaginales chaudes et par le repos. Vers le 26 décembre elle perd ses eaux et deux jours après, une nouvelle hémorragie la décide à venir à la clinique où elle fut soignée au dortoir par le repos absolu et par des injections vaginales très chaudes. Les pertes s'arrêtent. Le 2 janvier 1911, c'est-à-dire 8 jours après la rupture des membranes, commence le travail. A 21 h., elle entre à la salle de travail avec une dilatation grande comme 2 fr. A 0 h. 20 la dilatation est complète et 25 minutes après elle expulse un enfant du poids de 1.000 gr. d'aspect débile.

Le placenta pèse 220 gr. Il est discoïde et d'aspect *Chateaubriand*, légèrement bordé. La caduque est épaissie et vascularisée.

Les membranes mesurent 20/5. Inject. S. A. 40 cc. Inject. intra-utérine.

OBSERVATION XXIV

(A. PINARD ; observation 98 des Archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au 9e mois. Endométrite.

A. E., primipare âgée de 26 ans, modiste.

Depuis 1909, malade d'une endométrite qui lui donnait d'abondantes pertes vaginales.

Les dernières règles datent du 4 au 14 mai. H. U. 31 cm. Arrive au dortoir le 16 janvier 1911 où elle s'est reposée jusqu'au 22 janvier, quand elle fut prise de contractions utérines douloureuses à 1 h.

A 1 h. 45 elle entre à la salle de travail avec une dilatation de 5 fr. et à 2 h. 45, la dilatation étant complète, elle expulse à 3 h. 10 un enfant vivant pesant 2.900 gr. et un placenta de 490 gr. de forme discoïde et d'aspect *Chateaubriand* légèrement bordé. L'amnios et le chorion sont dissociés, mais la caduque est épaissie, vascularisée et retenue en partie.

OBSERVATION XXV

(A. PINARD ; observation 827 des Archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois avec rupture des membranes 13 jours avant l'avortement. Endométrite.

B. X., âgée de 26 ans, de profession confectionneuse, est à sa 3e gestation.

1re gestation le 23 septembre 1903 à la Charité de Lyon. Sommet spontané à terme (?) Fille, élevée au sein maternel pendant un an puis nourrie de bouillies et de soupes. Morte à 15 mois d'entérite en décembre. R. de R. six semaines après l'accouchement.

Deuxième gestation. En 1905, le 11 septembre, à la Charité de Lyon. Sommet spontané à terme (?). Fille élevée au sein maternel pendant 3 mois 1/2. puis au biberon pendant deux ans par une nourrice connue de la mère. Vivante. R. de R. deux mois après.

Pour sa gestation actuelle, ses dernières règles datent du 11 au 14 janvier 1911. Elle s'est reposée durant sa gestation parce qu'elle présentait une abondante hypersécrétion vaginale.

La grossesse évolua normalement jusqu'au premier juin, date à laquelle les membranes se rompaient prématurément

Le 9 juin, pertes sanguinolentes, accompagnées de quelquos douleurs. Le 13 juin à 15 h. 30, la femme arrive à la clinique parce qu'elle continue à perdre du sang. Elle est admise au dortoir; des injections vaginales chaudes à 50° suffisent à arrêter l'hémorragie. Le 14 juin à 1 heure, premières contractions utérines douloureuses ; à 7 heures, elle entre à la salle de travail. On constate hauteur utérine 16 centimètres.

A travers l'orifice utérin dilaté comme 2 fr., on perçoit des petits membres.

Le 14 juin, à 20 h. 15, expulsion spontanée d'un fœtus mort de 250 grammes.

Délivrance spontanée 15 minutes après. Placenta *Chateaubriand* pesant 220 grammes. Rétention totale des membranes.

OBSERVATION XXVI

(PINARD obs. 858 des Archives de la Clinique Baudelocque).

Sur un cas d'avortement au cours du cinquième mois environ. Endométrite.

D... Rose, primipare, âgée de 34 ans, ménagère.

Dernières règles du 10 au 1 février 1911.

Jusqu'au 4 juin, évolution normale de la gestation, mais la femme présente d'abondantes pertes jaunes-verdâtres, empesant le linge.

A cette époque la femme présente une première perte de sang, peu abondante pour laquelle elle ne consulte pas. Elle continue à travailler.

Le 14 juin elle vient consulter pour la première fois à Baudelocque. On constate : HU. 18 centimètres. L'utérus est au niveau de l'ombilic, grossesse de 4 centimètres environ. Col normal. Vaginite intense, pertes blanches abondantes, empesant le linge. Pas d'albumine.

On lui donne des injections de permanganate et on lui conseille le repos absolu. La femme continue à travailler et le 16 juin elle présente une nouvelle perte de sang, sans caillots, beaucoup plus abondante, ayant duré 24 heures. Elle revient consulter à la clinique où on lui ordonne deux injections par jour d'eau bouillie à 48° et le repos absolu au lit.

L'écoulement sanguin s'arrête.

Le 22 juin à 11 heures, apparition des premières contractions utérines douloureuses ; à 13 h. 30, la femme arrive

en voiture à la clinique. Pendant le trajet, elle a expulsé un fœtus du poids de 300 grammes que l'on trouve dans ses jupons. On fait la section du cordon.

La femme est transportée à la salle de travail, le placenta qui se présente par sa face fœtale est dans le vagin. On délivre immédiatement la femme. Le placenta pèse 250 gr. On lui fait une injection S. A 40 cm. La temp. 38,2, Pouls 94.

Placenta Chateaubriand. Caduque épaissie, vascularisée et retenue en partie.

OBSERVATION XXVII

(A. PINARD obs. 864 des archives de la clinique Baudelocque)

Sur un cas d'accouchement prématurée au 9e mois. Endométrite.

K... Madeleine, primipare, âgée de 20 ans. Dernières règles du 15 au 18 octobre ayant présenté de l'hypersécrétion vaginale pendant toute la gestation. Repos absolu et pas de traumatisme sexuel.

Le 24 juin commence le travail à minuit, à 4 h. 50 elle entre à la salle de travail avec une dilatation grande comme une grande paume, à 5 h. 50 la dilatation est complète. Les membranes se rompent et à 6 h. 50 elle expulse un enfant pesant 2470 gr. et un placenta discoïde et Chateaubriand pesant 470 gr. Les membranes sont dissociées et paraissent complètes.

OBSERVATION XXVIII

(A. PINARD obs. 868 des archives de la clinique Baudelocque)

Sur un cas de rupture prématurée des membranes 48 heures 30 avant l'accouchement.

M... Jeanne primipare âgée de 20 ans, fourreuse.

Dernières règles du 13 au 16 septembre 1910. Irrégulièrement réglée. Présente une abondante hypersécrétion avant et pendant sa gestation. Tout évolua normalement jusqu'au 22 juin à 16 heures quand ses membranes se sont rompues prématurément.

Le travail débute le 24 juin à 16 h. 30. Elle arrive à la clinique avec une dilatation comme une grande paume, à 21 h. la dilatation est complète et dix minutes après, elle expulse un enfant pesant 1990 gr. Une demi-heure après on fait la délivrance et on retire un placenta du poids de 450 gr. de forme discoïde et d'aspect *Chateaubriand*. La caduque est épaissie et vascularisée. Mensuration des membranes 24/12.

OBSERVATION XXIX

(A. PINARD. Observation 940 des archives de la clinique Baudelocque.)

Sur un cas de rupture prématurée des membranes 27 heures avant le début du travail. Endométrite.

P... Augustine primipare âgée de 30 ans. Plumassière. Dernière règles du 18 au 26 octobre ayant présenté de l'hy-

persécretion vaginale. La gestation évolue normalement jusqu'au 6 juillet à 20 heures quand les membranes se sont rompues prematurément, car les premières contractions utérines douloureuses ne sont ressenties par la femme que 27 heures après c'est-à-dire le 7 juillet à 21 h. quand elle entre à la salle de travail avec une dilatation grande comme 1 fr. A 0.40 le 8 juillet elle est à la dilatation complète et expulse un fœtus du poids de 2970 gr. Une demi heure après le placenta retiré pèse 390 gr. et il est Chateaubriand.

On donne à la femme une injection de S. A. de 40 cc. La temp. = 36°9. Pouls = 92°.

OBSERVATION XXX

(A. Pinard, Obs. 997 des Arch. de la clinique Baudelocque)

Sur un cas d'avortement au cours du 4e mois. Endométrite.

S... Joséphine, primipare, âgée de 27 ans, de profession cuisinière ne peut préciser la date de ses dernières règles quand elle arrive à la clinique le 18 juillet elle avait été prise brusquement de contractions utérines douloureuses.

En l'examinant on lui trouve un utérus tendu avec une hauteur de 21 cm., auscultation bonne, membranes intactes, dilatation de 0.50 cm. temp. 38°5. La femme est mise au dortoir.

Le 19 juillet à 7 h. La dilatation est suffisante pour laisser passer un fœtus du poids de 290 gr. non macéré.

Délivrée 30' après on retire un placenta de 165 gr. et la caduque est retenue.

OBSERVATION XXXI

(A. PINARD, Obs. 1012 des Arch. de la clinique Baudelocque)

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois. Endométrite.

C... Marie est une III pare âgée de 27 ans, de profession ménagère. La première gestation s'est terminée le 1er janvier 1904 chez elle par un avortement au cours du 5me mois. Enfant ayant vécu 30'. Curettage 8 jours après à Beaujon. R, de R. 7 semaines après l'avortement.

Deuxième gestation s'est terminée le 13 novembre 1905 à Beaujon par l'accouchement d'un sommet spontané à terme. Enfant nourri au sein maternel pendant 8 jours, puis au biberon par la grand'mère. 1re dent à 6 mois, 1er pas 11 mois. Vivant. R. de R. 6 semaines après.

Pour sa gestation actuelle ses dernières règles datent du 24 au 28 février.

Malgré une abondante hypersécrétion vaginale la femme n'a consulté aucun médecin jusqu'au 13 juillet où elle vient à la clinique parce qu'elle perdait du sang liquide, sans caillots. Elle a eu quelques contractions utérines douloureuses. Le col non effacé, H U = 17 cm. La femme est admise au dortoir où on lui recommande le repos absolu et on lui donne des injections vaginales chaudes et on lui fait une piqûre de morphine.

Les douleurs s'arrêtent. La femme ne perd plus de sang au bout de 4 jours de repos.

Le 20 juillet la femme quitte le dortoir sur sa demande et

dit s'être couchée sitôt arrivée chez elle ; mais, dans la nuit du 20 au 21 la femme recommence à perdre du sang, elle éprouve aussi quelques contractions utérines douloureuses (à 2 h.). Elle perd ses eaux, à 2h. 30 elle entre à la clinique où elle expulse à 9 h. un fœtus vivant du poids de 330 gr. La délivrance nous donne un placenta discoïde et Chateaubriand pesant 200 gr.

La caduque est épaissie, vascularisée et retenue en partie.

OBSERVATION XXXII

(A. Pinard. Observation 1020 des archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au 7e mois. Endométrite.

J.. Marie, troispare, âgée de 34 ans, infirmière

Les deux premières gestations se sont terminées par des avortements, la première de 6 semaines, la deuxième de 5 mois. Retour des règles 6 semaines après.

Pour sa gestation actuelle les dernières règles datent du 21 au 26 décembre 1910.

Elle a eu pendant sa gestation de l'hypersécrétion vaginale. Tout semblait évoluer d'une façon normale car la femme s'est reposée et n'a pas eu de traumatisme sexuel, lorsque le 22 juillet 1911 à 13 h. apparaissent les premières contractions utérines douloureuses. Le même jour à 23 h. elle se présente à la clinique où l'on fait les constatations suivantes : hauteur utérine, 25 cm.

Le palper nous permet de constater un pôle fœtal au détroit supérieur se continuant à droite avec un plan résis-

nt : un second pôle dans l'hypocondre droit séparé du an résistant par un sillon très peu net : le sillon du cou. L'auscultation est bonne. La dilatation est de 50 cm.

Le 23 juillet, à 1 h. 10, la dilatation est comme une tite paume. Les membranes se rompent alors prématu- ment. L'auscultation toujours bonne est à droite.

Le 23 juillet, à 3 h. La dilatation étant complète, on met la mme en position obstétricale et on assiste à l'expulsion ontanée du siège. Le fœtus faisant des mouvements res- ratoires, M. Doulat procède à l'extraction des membres férieurs fait l'anse au cordon, dégage les membres supé- eurs et procède à l'extraction de la tête dernière par la anœuvre de Mauriceau-Pinard

L'enfant pèse 1470 gr et a un aspect débile. Une demi ure après le placenta extrait pèse 350 gr. est discoïde et aspect Chataubriand. La caduque est retenue.

OBSERVATION XXXIII

. Pinard. Observation 1059 des archives de la clinique Baudelocque.)

r un cas d'accouchement prématuré au cours du 7e mois avec membranes rompues 298 heures avant le début du travail. Endométrite.

S. Rose. Secondipare âgée de 23 ans, de profession ou- ière. Sa première gestation s'est terminée le 20 novembre 10 chez elle par un avortement au cours du 5e mois, gar- n mort-né (?). R de R. 6 semaines après l'accouchement. Pour la deuxième gestation la date des dernières règles

est du 9 au 13 janvier. La femme s'est reposée chez elle de
puis 1 mois et au dortoir de la clinique depuis 11 jours.

Elle n'a pas consulté pendant sa gestation.

Le 6 juillet à 9 heures elle aurait perdu ses eaux. Le 1
juillet elle vient à la consultation d'où on la fait entrer a
dortoir.

On constate alors. H U : 25 ct. Enfant vivant OI GT., Co
non effacé membranes rompues. Pas d'albumine.

Le 28 juillet à 19 heures apparaissent les premières con
tractions utérines douloureuses et a 21 heures 55 la dilata
tion étant complète elle expulse un fœtus de 980 gr. qu
meurt après quelques mouvements inspiratoires. Le pla
centa est *Chateaubriand* et la caduque est épaissie, vascula
risée et retenue en partie. On fait à la femme une injectio
de S. A. de 40 cc.

OBSERVATION XXXIV

(A PINARD obs. 1066 des Arch. de la Clinique Baudelocque

*Sur un cas d'accouchement prématuré au 7e mois. Endo
métrite.*

B... Alice, primipare, âgée de 17 ans, de profession mé
nagère, a eu ses dernières règles du 22 au 25 décembr
1910.

Sa gestation évolua normalement malgré une abondant
hypersécrétion vaginale pour laquelle la femme ne consul
ta pas, jusqu'au 26 juillet 1911 quand elle arriva à la clini
que où on la mit au dortoir.

Le 29 juillet à 9,15 apparaissent les premières contrac

tions utérines douloureuses à 19 h. 30 elle entre à la salle de travail avec une dilatation grande comme 2 fr.

Le 30 juillet à 2 h. 40, la dilatation étant complète, elle expulse à 2 h. 55 un fœtus vivant du poids de 1720 gr. ayant un mauvais état physique. Une demi heure après le placenta retiré pesait 750 gr. avec le cordon, était discoïde et Chateaubriand ». Les membranes dissociées et déchirées, la caduque retenue en grande partie.

OBSERVATION XXXV

(A. Pinard. Observation 1083 des archives de la clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois. Endométrite.

F... Maria IV pare, profession ménagère, âgée de 35 ans.

Les 3 premières gestations se sont terminées par des accouchements normaux. Enfants nourris au sein maternel. Tous vivants.

Pour sa gestation actuelle ses dernières règles datent du 25 au 29 mars 1911.

Elle s'est reposée chez elle depuis 2 mois. Tout évoluait normalement jusqu'au 26 juillet quand la femme est venue consulter à la clinique et fut admise au dortoir parce qu'elle perdait du sang. On lui fait des injections chaudes et on la met au repos au lit.

Le 2 août à 19 heures la femme éprouve les premières contractions utérines douloureuses et expulse le 3 août à 4 heures un fœtus de 240 gr. ; le placenta sort spontanément et pèse 170 gr. Il est *Chateaubriand*. La caduque est retenue.

OBSERVATION XXXVI

(A. PINARD ; observation 1552 des Archives de la Clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois avec rupture prématurée de membranes. Endométrite.

W. Frieda, VI pare, âgée de 30 ans, de profession ménagère.

Porteuse d'une affection mitrale. Rétroversion opérée en novembre 1905.

1re gestation 22 mars 1901, chez elle. Sommet spontané à terme (?) Garçon nourri au sein maternel 3 semaines, puis biberon. Vivant.

2e gestation 16 avril 1902, chez elle. Sommet spontané au 8e mois. Fille, pas de hernie. Elevée au sein pendant 3 semaines, après au biberon par nourrice inconnue jusqu'à 4 mois. Morte à cet âge d'entérite (août.)

3e gestation 16 décembre 1908. Sage-femme. Sommet spontané au 9e mois (?) Fille, hernie inguinale apparue vers le 15e jour après la naissance, spontanément disparue après application de ceinture. Nourrie au sein maternel pendant 3 semaines (abcès du sein) puis au biberon par la mère pendant un an. Vivante. R. de R. 4 mois après l'accouchement.

4e gestation 31 décembre 1909. Baudelocque (obs. 2101). Avortement au cours du 4e mois (endométrite). Fœtus 170 gr., placenta 129 gr. R. de R. 3 semaines après.

5e gestation février 1911, chez elle. Avortement au cours

du 4e mois. Cause (?) Endométrite (?) R. de R. 3 semaines après l'expulsion du fœtus.

6e gestation. D. R. du 18 au 21 juin. S'est reposé pendant sa gestation, mais dès le début de cette gestation elle a eu des douleurs de reins et des douleurs qu'elle localise dans tout le bas ventre, ces dernières considérablement augmentées par la moindre fatigue, diminuant et disparaissant au contraire par le repos au lit. En outre la femme présentait d'abondantes pertes jaune-verdâtre empesant le linge.

A plusieurs reprises depuis son premier accouchement (en 1901) la femme avait déjà présenté des douleurs et des pertes analogues et ayant consulté aurait toujours été soignée pour de la *métrite*, dit-elle.

Néanmoins la gestation actuelle a évolué normalement jusqu'au 31 oct. où brusquement au cours d'une promenade la femme perd ses eaux. Immédiatement elle vient consulter à la clinique où elle est admise, on constate :

HU = 18 cmt
Fœtus mobile — Auscultation bonne
Col entr'ouvert. Membranes rompues
Pas d'albumine. On lui fait S. A. 40 cq.

Le 2 novembre la femme étant au dortoir est prise de contractions utérines douloureuses vers les 19 heures. Elle entre à la salle du travail où à 23 heures 50' elle fait son avortement. Fœtus : 250 gr. Placenta 90 gr. *Chataubriand.* caduque épaissie vascularisée et retenue en partie.

OBSERVATION XXXVII

(A. PINARD, Obs. 1102 des Arch. de la clinique Baudelocque)

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois. Endométrite.

L... Lucie VI pare, 28 ans, ménagère. Premiers rapports à 17 ans. Présentait depuis l'âge de 14 ans des ganglions bacillaires du cou. Soignée à Broussais à l'âge de 16 ans par extirpations de masses ganglionnaires, elle va bien depuis.

1re gestation 1 Août 1900. Chez elle. Expulsion au 6e mois d'un œuf complet (Cause ?) Garçon vivant, mort quelques minutes après. R de R 6 semaines après.

2e gestation 29 oct. 1901. Chez une sage-femme. Sommet Spontané à terme ? Fille 2580 (?)Elevée au sein maternel et au biberon par la mère pendant 11 mois. Morte à 7 ans de méningite bacilliaire. R de R 2 mois après.

3e gestation. 21 juin 1903. Chez elle. Sommet spontané à terme ? fille 3000 gr. Elevée au sein maternel et biberon, vivante. R de R 5 mois après.

4e gestation. Février 1906 chez elle puis soignée à Broussais. Expulsion au cours du 4e mois d'un fœtus mort (et macéré ?) Hemorragie et rétention placentaire ayant nécessité un curettage. R de R. 6 semaines après.

5e gestation. 21 avril 1909. (Baudelocque) Expulsion 6 semaines après les dernières règles d'un produit de conception. A quitté le service 4 jours après l'avortement ; 15 jours après elle aurait eu des hémorragies qui se sont arrê-

ées après une quinzaine de jours. Le mois suivant régulièrement réglée.

Pour sa gestation actuelle ses dernières règles datent du 5 au 9 Mai 1911. Malgré le repos la femme vient le 18 juillet consulter à la clinique pour des pertes de sang liquide qu'elle a depuis le 6 juillet Elle entre au dortoir jusqu'au 24 juillet les hémorragies continuent mais sont peu abondantes, surtout la nuit. On lui donne des injections chaudes à 48°. Le 27 et le 29 juillet hémorragies plus abondantes. Douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le 30 juillet les hémorragies continuent plus abondantes que les jours précédents T = 37°5.

Le 31 juillet hémorragies abondantes. Injection 1 cgr de morphine. Pouls 112.

Du 31 juillet au 3 août les pertes continuent. Le 3 août la malade part sur sa demande malgré les observations qui lui sont faites. Elle revient le 5 août à 23 heures avec des contractions utérines douloureuse et des pertes de sang assez abondantes. Le Pouls = 96. On lui donne des injections chaudes à 50° Le 6 août elle expulse un fœtus mort frais du poids de 30 gr.

Délivrance par expression française 30 minutes après. Placenta *Chateaubriand* = 60 gr. T = 36. 8, P = 90.

OBSERVATION XXXVIII

(A. Pinard. obs. 1148 des arch. de la clinique Baudeloque)

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois et membranes rompues 20 heures avant le début du travail. Endométrite.

G... Jeanne est une II pare âgée de 35 ans, cuisinière.

Pas d'antécédents intéressants.

1re Gestation s'est terminée le 1er février 1909 à Laribois sière par un avortement au cours du 6me mois. Fille d poids, 800 gr., morte 48 heures après. Curettage ? pou température 4 jours après. R de R 6 semaines après.

Pour sa deuxième gestation les dernières règles daten du 17 au 20 mars 1911. S'étant reposée elle arrive au 5 mois de sa gestation. Le 14 août à 7 h. elle perd prématu rément ses eaux.

Le 15 août à 14 h. elle sont les premières contraction utérines douloureuses, quand elle arrive à la clinique Bau delocque. Elle est admise à la salle de travail avec un co en voie d'effacement et une hauteur utérine de 19 cm.

Il était 17 heures, une heure après le col était suffisam ment dilaté pour permettre l'expulsion d'un produit de con ception pesant 370 gr. mort (frais). Deux heures après l placenta était retiré. Il pesait 150 gr. et était discoïde e nettement Chateaubriand. La caduque est épaissie et rete nue en partie.

OBSERVATION XXXIX

(A Pinard, obs. 1224, des Arch. de la Clin. Baudelocque)

Sur un cas d'accouchement prématuré au cours du 8e mois Rupture des membranes 5 h. avant le début du travail Endométrite.

R... Marguerite, secondipare, âgée de 28 ans, ménagè re. Premiers rapports à 25 ans.

Sa première gestation s'est terminée chez elle le 23 août 1908. Sommet à terme. Application de forceps pour défau

de rotation. Garçon élevé au biberon par la mère jusqu'à 5 mois. Mort à cet âge d'entérite. R de R. 2 mois après l'accouchement. Toujours irrégulières. Pour la dernière gestation les règles datent du 21 au 23 décembre 1911.

Quand elle arrive à la clinique le 23 août à 15 heures, sa hauteur utérine mesurait 29 cm.

Elle avait perdu alors ses eaux prématurément.

Durant toute sa gestation elle avait eu une leucorrhée très abondante. 5 heures après avoir perdu ses eaux, elle est prise de douleurs et le 29 août à 0.50 elle entre à la salle de travail avec une dilatation grande comme un franc. A 2 h. 35 la dilatation étant complète elle expulse un quart d'heure après un enfant pesant 2.150 gr. d'aspect débile. La placenta retiré une demi-heure après pesait 460 gr. Il était discoïde et d'aspect Chateaubriand. La caduque était épaissie, vascularisée et retenue en partie. Les membranes mesuraient 28/4.

OBSERVATION XL

(A. PINARD, obs. 1410, des arc. de la Clin. Baudelocque).

Sur un cas d'avortement au cours du 3e mois. Endométrite.

R... Louise, VII pare âgée de 26 ans, ménagère.

1re gestation. 1905. Sommet spontané à terme au 9e mois. Garçon vivant nourri au sein maternel jusqu'à 6 mois puis au biberon. Vivant.

2e Gestation. 1906 chez elle, sommet spontané à terme. Garçon élevé au sein maternel pendant 9 mois. Vivant.

3e Gestation. 1908. Chez elle avortement au 2e mois (cause ?) R de R. 2 mois après.

4e gestation. — Avortement en 1908 à Tarnier, au 6e mois R. de R., 3 mois après.

5e gestation. — Accouchement prématuré au 7e mois, fille nourrie au sein maternel. Morte à 1 mois (?), R. de R. 2 mois après.

6e gestation. 1910. — Avortement de 3 mois, R. de R. 2 mois après.

Pour sa gestation actuelle. Dernière règles datent du 4 au 5 juillet 1911.

Le 4 octobre à 4 heures. Premières contractions utérines douloureuses, à 14 heures, la femme perd du sang et les douleurs deviennent plus fortes. A 18 heures, elle vient à la clinique en voiture, elle perd ses eaux. A son arrivée, elle perd des caillots et du sang abondamment. Au toucher, on arrive directement sur l'embryon qui se trouve dans le vagin, on l'extrait. Le col est entr'ouvert. A 18 h. 20, la femme est prise de vomissements et dans les efforts qu'elle fait, elle expulse le placenta chateaubriand de 40 g.

On lui fait des injections chaudes à 50°, et une de S. A. de 40 cc.

La température, 39°. Le pouls, 96.

OBSERVATION XLI

(A. Pinard. Observation 1418 des archives de la clinique Baudelocque.)

Sur un cas d'accouchement prématuré au cours du 8e mois, avec rupture prématurée des membranes 48 h. avant le début du travail. Endométrite.

J... Anna, troispare, âgée de 26 ans, de profession ménagère.

1re gestation. — Avortement le 20 Mai 1905 au cours du 2e mois. (Cause ?) R. de R. 6 semaines après.

2e gestation. — Le 13 Mai 1907. Chez elle. Acouchement spontané à terme (?) Fille élevée au biberon par la mère. Vivante. 1e dent à 16 mois, 1e pas à 15 mois. R. des R. 1 mois après.

Pour sa gestation actuelle, la date des dernières règles est du 20 au 24 février 1911.

Cette femme s'étant reposée depuis 4 mois, croyait pouvoir mener à terme cette gestation, malgré une abondante hypersécrétion vaginale. Tout paraissait évoluer normalement jusqu'au 4 octobre à 7 h. du matin quand la femme perdit chez elle d'une façon prématurée les eaux.

Elle vint à la clinique tout de suite où elle fut admise au dortoir. Sa hauteur utérine est de 25 cm.

Le 6 octobre à 7 h. elle ressentit les premières contractions utérines douloureuses. On la fait entrer à la salle de travail avec une dilation grande comme une pièce de 2 f.

A 9 h. 50 la dilatation étant complète, la femme expulse à 10 h. un fœtus d'aspect débile pesant 1520 g.

Trente minutes après, le placenta retiré pesait 420 g. Aspect « Chateaubriand ».

OBSERVATION XLII

(A Pinard obs. 1.419, des arch. de la Clin Baudelocque).

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois. Endométrite.

G... Emma, est une primipare, âgée de 36 ans, de profession employée de commerce.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires, physiologiques ou pathologiques. Elle a eu ses premiers rapports à 25 ans.

Depuis le commencement de sa gestation actuelle, dont les dernières règles datent du 1er au 3 juin, la femme avait de l'hypersécrétion vaginale. Elle s'est reposé depuis le début de la gestation qui paraissait évoluer normalement jusqu'au 6 octobre quand après avoir perdu prématurément ses eaux, elle vint à la clinique en état de travail. Son utérus mesurait alors 19 cm.

Admise à la salle de travail le 6 octobre à 9 h. avec un col en voie d'effacement, à 10 h. 25, la dilatation est suffisante pour laisser passer un fœtus pesant 170 gr. La délivrance spontanée donne un placenta Chateaubriand pesant 130 gr. La caduque est complètement retenue.

OBSERVATION XLIII

(A. Pinard, obs. 1442, des Arch. de la Clin. Baudelocque).

Sur un cas d'expulsion au cours du 6e mois d'un fœtus vivant, mort après quelques inspirations. Endométrite.

D... Charlotte, secondipare âgée de 26 ans, ayant eu son premier rapport à 23 ans.

Sa première gestation s'est terminée à Baudelocque le 1er juin 1909 par un sommet spontané à terme. Fille élevée au sein maternel jusqu'au 6e mois ensuite au biberon jusqu'à 2 ans, 1re dent à 15 mois. 1er pas 23 mois. Vivante. Hernie inguinale droite. R de R. 6 semaines après l'accouchement.

Pour sa gestation actuelle, la date des dernières règles remontent du 20 au 23 avril. Elle s'est reposée pendant sa gestation et n'a pas consulté malgré une abondante hypersécrétion vaginale.

Le 6 octobre, elle vint à la clinique ayant ressenti des contractions utérines douloureuses depuis le 30 octobre. Elle est admise au dortoir où l'on fait les constatations suivantes : Hauteur utérine : 20 cm.

Tête en bas, mobile. Dos à gauche. Enfant vivant. Par le toucher on arrive sur le col qui est long et fermé. On lui trouve des traces d'albumines dans l'urine. On lui recommande le repos absolu et on lui donne du lait.

Le 10 octobre à 21 heures apparaissent de nouvelles contractions utérines douloureuses.

Le 11 octobre à 9 h. elle entre à la salle de travail. Au palper, mêmes contractions qu'à l'entrée. Les membranes sont rompues depuis la veille au moment où débutèrent les contractions utérines douloureuses.

L'orifice est dilaté comme 2 fr. A 16 h. 15 expulsion d'un fœtus vivant de 1,130 gr., mort après quelques inspirations.

Délivrance par expression française 1 h 30 après l'accouchement.

Poids du Placenta 270. Il est bilobé, Chateaubriand. La caduque est retenue presqu'en totalité.

Lors du premier accouchement le placenta était réniforme et présentait les caractères du placenta Chateaubriand.

OBSERVATION XLIV

(A. PINARD. obs. 1480 desarch. de la clinique Baudelocque)

Sur un cas d'avortement au 5e mois. Endométrite.

M... Angèle est une primipare âgée de 23 ans de profession ménagère ayant eu ses dernières règles du 20 au 26 mai 1911. Ne s'étant pas fatiguée depuis le commencement de la gestation, elle arrive le 11 octobre a 16 heures à la clinique parce que depuis 18 jours elle perdait du sang. Un médecin consulté lui avait conseillé des injections chaudes et des lavements de laudanum.

Les pertes ne s'arrêtent pas et la femme se décide le 11 octobre à 16 heures de venir à Baudelocque. On l'examine et on trouve une dilatation lenticulaire. Auscultation nulle, Température 36°3. Pouls 80.

Le 13 octobre à 5 heures elle ressent de fortes douleurs qui vont en se rapprochant à 7 heures elle expulse un œuf complet qui pèse 560 gr.

Rétention totale de la caduque. Injections chaudes à 48° Température 37° Pouls 92.

OBSERVATION XLV

Sur un cas d'avortement au cours du 5e mois. Endométrite.

B... Gabrielle, secondipare, âgée de 29 ans, ménagère.

Sa première gestation s'est terminée par un accouchement spontané à terme le 23 Mars 1908.

Pour sa gestation actuelle, la date des dernières règles est du 24 au 29 décembre 1912. N'a pas consulté.

1 au 15 février. Pertes sanguines légères et intermittentes. Pas de traitement.

5 mai. Nouvalles pertes sanguines.

7 mai à 22 h. Contractions douloureuses. M. Couvelaire examine la femme et l'envoie à la clinique.

8 mai 15 h. 30. Examinée à la clinique. Pouls 84°. Température 37°. H. U. 18 cm. Auscultation du cœur n'est pas perçue. Dilatation 0.50. Contractions utérines douloureuses mais espacées.

9 mai 3 h. 45. Dilatation suffisante. Expulsion d'un fœtus pesant 270 g.

A 7 h. la délivrance n'est pas encore faite et la femme a des tendances syncopales. On la met en position obstétricale et on fait la délivrance artificielle en posant un ballon Champentier de 150 cmc

A 14 h. 30 expulsion spontanée du ballon et du placenta pesant 220 g. On lui fait des injections de S. A. de 40 cc. pendant les 3 jours suivants.

N° d'ordre	NUMÉRO de l'observat.	PARITÉ	Date des dernières règles	Accouchée	Age probable de la gestation	REPOS pendant la gestation depuis	Traumatisme sexuel remonte à	Etat de la muqueuse vaginale	ETAT de Muqueuse u
1	7	V	15/8-1/9	2/1	**5 mois**	25 jours	1 m 1/2	Pertes verdâtres	Pertes sang. End
2	40	II	18/4-24/4	8/1	9e »	4 mois	néant	»	Endométrite
3	87	II	7/6-10/6?	16/1	?	repos	15 j.	Hypersécrét. vag.	Endométrite
4	104	II	15/4-20/4	18/1	9e »	repos	1 mois	»	Pertes sang. En
5	131	VI	28/7-2/8	23/1	5 »	repos relatif	4 »	»	Endométrite
6	134	IV	3/6-7/6	23/1	**8** »	repos	1 »	»	Endométrite
7	155	I	10/9-12/9	27/1	5 »	repos	15 j.	»	Endométrite
8	161	III	fin juillet	28/1	**6** »	relatif	6 »	»	Hémorrhagie e Endométrite
9	165	III	25/8-28/8	29/1	**5** »	relatif	2 »	Pertes bl. abond.	Pertes de sang, Endométrite
10	176	I	26/5-30/5	31/1	**8** »	pas de repos	3 »	»	Endométrite
11	357	I	2,6-6,6	2,3	**8** »	1 mois	7 mois	Pertes blanches	Endométrite
12	363	II	6/6-10/6	3/3	9 »	pas de repos	6 j.	»	Pertes de sang d'août. Endo
13	383	II	3/7-9/7	6/3	**8** »	repos	2 »	Pertes bl. abond.	Endométrite
14	384	I	10/7-15/7	6/3	**8** »	2 mois	7 mois	»	»
15	389	II	20/6-25/6	8/3	9 »	travail. debout	1 j.	»	»
16	416	II	21/9-23/9	13/2	**4** »	repos	8 »	»	Hémorrhag. de
17	429	I	26/6-30/6	14/3	9 »	repos	2 mois	Pertes blanches	Endométrite
18	439	II	7/6-12/6	16/3	9 »	repos relatif	15 j.	Pertes verdâtres	»
19	453	II	17/6-21-6	19/3	9 »	3 semaines	8 »	»	»
20	474	I	8/6	23/3	à terme	repos	15 »	Hypersécrét. vag.	»
21	517	I	septemb. ?	29/3	?	repos relatif	1 mois	Hyperséc. abond.	»
22	549	III	10/8-15/8	4/4	**7 mois**	f. son ménage	3 j.	»	»
23	570	I	20/6-21/6	8/4	à terme	15 jours	21 »	Pertes blanches	Hémorrhagie miers mois
24	624	I	15/10-20/10	18/4	**6 mois**	8 jours	5 mois	Pertes jaunâtres	Endométrite
25	635	II	3/7-7/7	21/4	à terme?	pas de repos	3 »	Pertes bl. abond.	»
26	640	II	17/8-20/8	23/4	**8 mois**	repos	8 »	»	»
27	654	V	22/7-24/7	25/4	9 »	repos	8 j.	»	»
28	183	I	15/6-20/6	2/2	**7** »	repos relatif	7 mois	»	»
29	185	II	15/5-22/5	2/2	9 »	repos	8 j.	Pertes blanches	»
30	186	I	18/5-20/5	2/2	9 »	repos	4 »	»	»
31	242	III	1/9-4/9	12/2	**5** »	repos relatif	?	»	»
32	247	I	15/7-20/7	12/2	**7** »	repos relatif	2 j.	»	»
33	248	I	9/5-15/5 ?	12/2	9 (?)	repos relatif	3 mois	»	Pertes de sang
34	271	II	18/5-24/5	15/2	9 »	repos	8 »	»	Endométrite
35	286	V	21/5-25/5	18/2	9 »	repos relatif	3 sem.	»	Pertes rouges
36	291	I	4/6-8/6	19/2	9 »	10 jours	9 mois	»	Hémorrhagie
37	303	III	3/5-7/5	21/2	9e »	repos	3 sem.	»	Pert. de sang
38	304	I	?	21/2	?	pas de repos	5 j.	»	»
39	307	II	7/9-12/9	21/2	**5** »	6 semaines	2 mois	»	Pert. sang et
40	307	I	15/6-20/6	22/2	**8** »	repos	15 j.	»	Endométrite
41	698	II	15/9-20/9	3/5	**8** »	2 mois	2 »	»	Pert. de sang
42	721	III	10/8-12/8	8/5	9 (?)	1 mois	1 mois	Pertes jaunes	»
43	727	VII	25/12-30/12	8/5	**5** »	repos	4 »	»	Hémorrhagie
44	787	I	19/8-23/8	19/5	9 »	repos	9 »	»	Endométrite
45	803	II	20/10-28/10	22/5	**7** »	1 mois	8 j.	»	»
46	818	II	4/9-7/9	25/5	9 »	pas de repos.	40 »	»	»
47	842	II	8/11-10/11	28/5	**7 mois**	pas de repos	2 mois	Pertes jaunâtres	Endométrite
48	860	III	10/12-15/12	2/6	**6** »	f. son ménage	1 »	Pert. jaun. abond.	»
49	865	I	28/10-2/11	2/6	**7** »	f. son ménage	6 j.	»	»
50	879	II	20/9-22/9	4/6	9 (?)	pas de repos	1 »	Pert. jau. vag. gra.	»

008-1909

SPECT fœtus	POIDS du placenta	ASPECT du placenta	RUPTURE des membranes	Mensuration des membranes	ETAT de la Caduque	PARTICULARITÉS
t apr. 5'	200 gr	Chateau-	**Prématurée**	»	reten. en part.	
	470	briand	Artificielle	34/4	très vascular.	
t-né	480	»	spontanée	37/8	retenue en tot.	
	525	»	artificielle	36/6	épaissie	
t apr. 2'	480	»	tempestive	14/8	épais. et rete.	
le	450	»	**précoce**	30/3	épaissie	
t	200	»	?	?	épaissie et ret.	
t-né	170	»	spontanée	?	épais., vascul.	
t apr. 5'	270	»	–	16/7	reten. en total	
	395	»	artificielle	28/12	épaissie	
	400	»	**précoce**	28/6	complète	
	335	»	artificielle	**Impos.**	incomplète	
	400	»	**prématurée**	30/6	complète	
	400	»	**précoce**	37/0	épais., reten.	
-mort 1'	425	»	**prématurée**	32/10	complète	
	170	»	tempestive	Impos.	épaissie	
	380	»	**précoce**	33/14	épais. vascul.	
	500	»	artificielle	36/5	complète	
	450	»	**prématurée**	39/11	épaissie	
	420	»	–	33/4	complète	
le	300	»	artificielle	25/10	épaissie	
le	320	»	tempestive	28/6	complète	
	620	»	**prématurée**	35/4	reten. en part.	
le	330	»	–	26/7	épaissie reten.	
	300	»	artificielle	34/7	épaissie	
le	460	»	tempestive	33/11	complète	Malform. utér. Présent siège.
	460	»	**prématurée**	33/9	épaissie	
	530	»	spontanée	28/7	épaissie reten.	Luxation coxo-fémor. doub.
	550	»	tempestive	37/6	complète	Urétrite blennorragique.
	510	»	**prématurée**	35/4	complète	
t	200	»	–	»	épaissie reten.	
le	220	»	artificielle	26/6	épaissie reten.	Malformation utérine.
	370	»	tempestive	29/8	épais. vascul.	
	350	»	–	31/10	très épais. ret.	
	570	»	**prématurée**	42/2	épais. vascul.	
	400	»	précoce	27/6	complète	
	420	»	tempestive	36/16	épaissie	
le	340	»	artificielle	25/4	épaissie reten.	
t-né	155	»	**prématurée**	Impos.	déchirée	
le	310	»	–	24/8	épaissie reten.	
le	460	»	tempestive	31/2	reten. en part.	
	560	»	artificielle	28/7	complète	
t.....	250-52		–	»	»	
	450	»	tempestive	Impos.	dissociée	
le	270	»	artificielle	30/9	complète	
	400	»	artificielle	30/12	retenue	
t apr. 5'	300	»	**prématurée**	25/6	très épais.vas.	
t après			tempestive	Impos.	épaissie reten.	
q. insp.	375	»				
le	380	»	**prématurée**	23/1	retenue	
	350	»	tempestive	34/4	complète	

Nos d'ordre	Numéro de l'observat.	Parité	Date des dernières règles	Accouchée	Age probable de la gestation	Repos pendant la gestation depuis	Traumatisme sexuel remonte à	Etat de la muqueuse vaginale	Etat Muqueuse
51	886	II	23/12-25/12	6/6	**6 mois**	repos relatif	3 j.	Pertes jaunes	Endométrite.
52	919	II	10/12-17/12	12/6	**6** »	repos	4 »	»	Pertes de sa
53	930	V	25/2-28/2	14/6	**3** »	repos	6 sem.	»	Pert. de sang
54	959	I	20/12-23/12	19/6	**6** »	repos	1 mois	Pertes blanches	Endométrite
55	994	I	8/11-12/11	25/6	**7** »	1 mois	2 »	Pertes jaunâtres	»
56	1001	I	22/9-30/9	27/6	9 »	repos	1 j.	»	Pert. de sang
57	1007	I	1/10-5/10	28/6	9 »	pas de repos	1 mois	Pertes jaunes	Endométrite
58	1016	III	25/2-28/2	29/6	**4** »	pas de repos	15 j.	»	»
59	1024	III	5/10-10/0	1/7	**7e** »	repos	15 »	»	»
60	1032	I	27/9-2/10	2/7	9 »	6 mois	4 »	»	»
61	1039	I	2/10	4/7	9 »	pas de repos	7 »	Pertes verdâtres	»
62	1050	I	16/10-20/10	5/7	9 »	pas de repos	6 mois	»	»
63	1060	I	13/9-20/9	6/7	9 »	repos	1 »	»	»
64	1063	II	1/11	7/7	9 »	pas de repos	1 »	»	»
65	1088	I	10/2-15/2	12/7	**5** »	repos	5 j.	Pertes blanches	Pertes rouges
66	1181	I	22/10-27/10	28/7	9 »	pas de repos	1 mois	Pertes verdâtres	Endométrite
67	1245	I	30/12	8/8	**8** »	repos relatif	?	»	»
68	1273	III	12/11-17/11	12/8	9 »	pas de repos	1 mois	»	»
69	1317	II	28/3-4/4	19/8	**5** »	repos relatif	2 »	»	Pertes sangui
70	1341	III	1/3-2/3	24/8	**6** »	repos	15 j.	Pertes verdâtres	Endométrite
71	1354	II	4/5-8/5	26/8	**3** »	repos relatif	15 »	»	Pertes de san
72	1363	II	1/2-3/2	28/8	**7** »	repos relatif	2 mois	»	»
73	1375	II	28/11-30/11	30/8	9 »	repos	6 sem.	»	Endométrite
74	1408	I	10/12-12/12	8/9	9 (?)	6 mois	8 mois	Pertes jaunes	»
75	1431	V	8/4-15/4	12/9	**4** »	repos relatif	3 sem.	»	Pertes de san
76	1492	IV	féc. en allt.	23/9	(?) »	pas de repos	**15 j.**	»	»
77	1507	II	28/12-6/1	27/9	9 »	fait le ménage	1 mois	Pertes jaunes	Endométrite
78	1513	VI	20/3-24/3	28/9	**6** »	repos relatif	1 »	»	»
79	1515	II	4/2-8/2	5/9	**8** »	8 jours	2 »	»	»
80	1539	I	23/3-28/3	1/10	**7** »	15 jours	6 »	Pertes jaunâtres	»
81	1555	I	2/2-5/2	8/10	**8** »	1 mois	15 j.	Pertes blanches	»
82	1620	III	23/4	16/10	**5** »	f. des ménages	4 mois	»	Pertes sangui.
83	1629	II	25/3-28/3	17/10	**7** »	repos	3 sem.	Pertes jaunes	»
84	1664	II	23/1-25/1	25/10	9 »	8 jours	3 mois	Pertes blanches	Pertes de sang
85	1779	I	4/5-10/5	14/11	**5 mois**	6 jours	8 j.	»	»
86	1789	I	10/2-14/2	16/11	**8** »	repos	2 mois	Pertes jaunes	»
87	1817	II	15/2-20/2	20/11	9 »	repos	15 j.	»	»
88	1831	II	15/2-20/2	22/11	9 »	repos	3 mois	»	»
89	1842	V	30/8	—	**3** »	repos	2 »	Pertes verdâtres	»
90	1902	I	1/4-9/4	3/12	**8** »	repos	8 »	Pertes blanches	Pertes sangui
91	1916	II	25/3-29/3	6/12	9 »	15 jours	—	»	Pertes de sang
92	1940	VI	4/7-2/7	10/12	**5** »	repos	1 »	»	»
93	1946	II	15/3-19/3	11/12	9 »	repos relatif	3 sem.	Pertes jaunes	Endométrite
94	1947	IV	11/5-13/5	11/12	**7** »	pas de repos	6 »	»	Pertes de sang
95	1951	I	5/3-9/3	12/12	9 »	repos	1 mois	»	»
96	1955	I	24/3-27/3	12/12	**8** »	repos	2 »	»	»
97	1975	I	10/4-14/4	16/12	**8** »	repos	2 j.	»	»
98	1985	III	0/4 (?)	17/12	9 (?)	pas de repos	5 »	»	»
99	2018	II	15/3-20/3	23/12	**à terme**	repos	8 »	»	»
100	2028	II	21/3-25/3	25/12	9 **mois**	repos relatif	3 sem.	»	»
101	2033	I	10/8-15/8	25/12	**3** »	pas de repos	15 j.	»	»
102	37	V	10/7-14/7	5/1	**6** »	pas de repos	1 mois	Pertes blanches	Endométrite

SPECT fœtus	Poids du placenta	ASPECT du placenta	RUPTURE des membranes	Mensuration des membranes	ETAT de la Caduque	PARTICULARITÉS
t après tq. insp.	180 gr	Chateau-briand	prématurée	19/3	épaissie reten.	
—	250	»	tempestive	18/11	épais. vascul.	
t	120	»	—	»	ret. en total.	
t-né	250	»	artificielle.	15/11	épaissie reten.	Urétrite gonococcique.
le	400	»	tempestive	31/6	retenue	
	800	»	artificielle	30/10	épaissie reten.	
	450	»	tempestive	29/16	épaissie	
t 470 gr.			—	»		
le	480	»	prématurée	27/8	vascul. épais.	
	450	»	artificielle	29/10	épaissie	
	510	»	tempestive	32/6	complète	
	450	»	précoce	26/9	épaissie reten.	
	475	»	tempestive	32/9	complète	
	500	»	artificielle	Impos.	compl. déchir.	
t	150	»	tempestive	25/20	épaissie reten.	
	420	»	—	28/10	complète	Urétrite gonococcique.
le	350	»	prématurée	17/5	reten. en tot.	
	420	»	tempestive	30/10	épaissie	
t apr. 5'	140	»	spontanée	Impos.	retenue	
t après q. insp.	280	»	tempestive	18/15	épais. vas. ret.	
t 230 gr.						
le	360	»	précoce	16/13	retenue	
	500	»	—	28/6	épaissie	
le (mort urs apr.)	280	»	artificielle	»	dissoc. compl.	
			—	»	vascularisée	Extract. digitale du placenta.
t-né	220	»	—	»	épaissie	
	570	»	tempestive	25/4	complète	
complet						
le	480	»	artificielle	33/7	épaissie	
le	250	»	tempestive	26/9	épaissie reten.	
	450	»	prématurée	42/8	épaissie	
te ap. 5'.	450	»	précoce	Impos.		
macéré	450	»	tempestive	Impos.	reten. compl.	
	450	»	—	32/10	épaissie	
t	140	»	prématurée	32/2	retenue	
	450	»	—	34/0	retenue	
	680	»	tempestive	29/6	compl. déchi.	
	600	»	précoce	31/8	épaissie reten.	
au cours du 3e mois, avec rétention placentaire.						
	410	»	précoce	32/3	épaissie vasc.	
	430	»	tempestive	25/5	très épais. ret.	
t	240	»	chez elle	»	retenue	
	800	»	artificielle	14/2	complète	
le	500	»	prématurée	15/2	épaissie	
	500	»	artificielle	18/2	retenue	
le	260	»	prématurée	18/2	vascularisée	
le	450	»	tempestive	21/2	retenue vasc.	
	320	»	artificielle	24/2	vascularisée	
	420	»	prématurée	»	complète	
	460	»	artificielle	8/5	retenue	
-né	110	»	précoce	11/3	reten. épaissie	
ivant	270	»	prématurée	18/5	épaissie reten.	
	490	»	artificielle	22/5	épaissie vasc.	

Nos d'ordre	Numéro de l'observat.	Parité	Date des dernières règles	Accouchée	Age probable de la gestation	Repos pendant la gestation depuis	Traumatisme sexuel remonte à	Etat de la muqueuse vaginale	ETAT Muqueuse
103	95	I	2/5-5/5	16/1	9 »	repos	1 »	Pertes verdâtres	Endométrite »
104	105	I	?/4	17/1	9 »	pas de repos	2 »	»	Pertes sangui
105	134	II	1/10-8/10	22/1	3 »	repos	3 »	»	
106	141	I	17/9-20/9	22/1	4 »	repos	—	»	»
107	147	III	1/5	24/1	9 »	repos	2 »	»	»
108	177	II	18/6-22/6	28/1	7 »	repos	1 »	»	»
109	191	I	30/4-6/5	30/1	9 »	6 mois	1 j.	Pertes jaunes	—
110	192	I	25/4-29/4	30/1	9 »	repos	6 sem.	Pertes blanches	—
111	198	III	?	31/1	? »	pas de repos	15 j.	»	—
112	211	II	6/9-10/9	2/2	5 »	repos	1 mois	»	Pertes de san
113	229	I	24/5-26/5	4/2	9 »	repos relatif	6 »	Pertes verdâtres	—
114	259	I	22/5-25/5	8/2	9 »	repos	8 »	Pertes jaunes »	—
115	260	VII	16/5-18/5	9/2	9 »	repos	4 j.	»	Pertes de san
116	283	II	25/8-1/9	14/2	6 »	pas de repos	15 »	—	
117	290	IV	13/5-20/5	15/2	9 »	pas de repos	2 mois	—	—
118	303	III	5/6-9/6	18/2	9 »	repos	1 »	—	—
119	306	I	27/7-31/7	18/2	7 »	pas de repos	8 j.	—	—
120	323	V	17/6-23/6	21/2	8 »	repos	3 mois	—	—
121	343	V	?/8	24/2	6 (?)	repos	?	—	—
122	374	III	3/12-9/12		2 »		6 sem.		Avortement
123	415	I	10/5-13/5	8/5	9 »	repos	2 mois	Pertes jaunes	Endométrite
124	443	IV	18/7-24/7	11/3	8 »	pas de repos	5 j.	Pertes verdâtres	»
125	479	II	?	18/5	? »	pas de repos	?	»	»
126	506	I	17/6-20/6	22/5	9 »	repos	6 mois	Pertes jaunes	Pertes de sa
127	520	IV	20/6-23/6	25/5	9 »	repos	8 j.	»	Endométrite
128	526	I	22/6-25/6	26/5	9 »	repos	2 mois	»	»
129	557	II	20/12-24/12	31/5	3 »	repos	15 j.	»	Pertes de sa
130	625	II	5/8-10/8	10/4	8 »	pas de repos	7 mois	»	Pertes sangu
131	685	I	27/9-2/10	21/4	7 »	pas de repos	1 j.	»	»
132	701	II	25/8-28/8	23/4	8 »	repos	2 j.	»	Endométrite
133	788	I	8/4-14/4	7/5	8 »	repos	1 mois	»	»
134	793	I	17/9-23/9	8/5	8 »	pas de repos	4 »	»	Pertes de sa
135	829	I	22/11-29/11	14/5	6 »	repos relatif	8 j.	»	Endométrite
136	836	V	15/8-20/8	16/4	9 »	repos	6 sem.	»	»
137	877	I	24/8-30/8	24/5	9 »	1 mois	7 mois	»	Pertes de sa
138	903	II	6/10-10/10	27/5	7 mois	repos relatif	7 j.	»	Endométrite
139	1003	I	12/9-16/9	14/6	9 »	1 mois	2 mois	Leucorrhée	»
140	1006	II	13/10-21/10	14/6	8 »	repos relatif	6 j.	»	»
141	1013	II	20/9-25/9	15/6	9 »	repos	1 mois	»	»
142	1029	I	18/9-22/9	18/6	9 »	repos relatif	2 mois	Leucorrhée	»
143	1058	I	?	24/6	9 (?)	pas de repos	2 j.	»	Pertes de sa
144	1071	II	24/9-30/9	25/6	9 »	repos	15 »	Pertes vertes	Endométrite
145	1077	I	26/9-27/9	27/6	9 »	repos	1 mois	»	Pertes rouge
146	1141	I	10/10-13/10	7/7	9 »	repos	15 j.	Pertes jaunâtres	Endométrite
147	1172	I	2/9-7/9	12/7	9 »	repos	6 mois	Vaginite granul.	»
148	1201	IV	10/2-14/2	16/7	5 »	pas de repos	2 »	»	Hémorra. per
149	1310	II	5/11-10/11	5/8	9 »	repos	8 j.	»	Endométrite
150	1402	VI	10/5-12/5	16/8	3 »	repos	1 mois	»	»
151	1486	I	?	2/9	?	repos	1 »	Pertes verdâtres	»
152	1548	II	25/12-28/12	11/9	9 »	repos	1 »	Leucorrhée	»
153	1564	I	14/1-20/1	15/9	8 »	repos relatif	5 »	»	»
154	1566	II	15/2-20/2	16/9	7 »	3 mois	15 j.	»	»
155	1604	II	25/1-28/1	20/9	7 »	repos	1 mois	»	»

PECT fœtus	Poids du placenta	ASPECT du placenta	RUPTURE des membranes	Mensuration des membranes	ETAT de la Caduque	PARTICULARITÉS
	490 gr	Chateau-	artificielle	Imposs.	épais. vascul.	
e	250	briant.	–	Imposs.	épaissie reten.	
uelques						
n. apr.	300	»	–	Imposs.	épaissie reten.	
de 430 gr					retenue	
	410	»	tempestive	38|0	vascularisée	
e	520	»	**prématurée**	23|2	retenue	
	480	»	**précoce**	28|10	épaissie	
ré	490	»	–	31|8	épaissie	
	500	»	**prématurée**	34|5	épaissie vasc.	
	350	»	tempestive	Imposs.	épaissie vasc.	
	500	»	–	36|5	épaissie vasc.	
	480	»	artificielle	47|0	épaissie vasc.	
	450	»	**prématurée**	Imposs.	épaissie vasc.	
après						
l. insp.	240	»	–	18|3	épais. vascul.	
	490	»	–	31|8	épais. vascul.	
	490	»	**précoce**	26|0	complète	
e	300	»	artificielle	25|3	épaissie	
	470	»	–	23|10	épaissie	
e	270	»	**prématurée**	21|0	epaissie reten.	
2e mois.						
	525	»	artificielle	32|4	épais. vascul.	
e	370	»	**prématurée**	28|7	épaissie reten.	
e	540	»	artificielle	26|11	complète	
	450	»	**prématurée**	34|3	épaissie reten.	
	500	»	artificielle	28|14	épais. vascul.	
	450	»	–	38|12	épais. vascul.	
du 3e m.						
	650	»	tempestive	Imposs.	épaissie reten.	
	530	»	artificielle	38|7	épaissie	
e	410	»	tempestive	28|15	complète	
e	390	»	–	36|7	épaissie	
	430	»	**prématurée**	27|5	épaissie reten.	
e	170	»	–	11|6	épaissie reten.	
	490	»	spontanée	32|8	complète	
	550	»	tempestive	32|7	épais. vascul.	
e	450	»	–	Imposs.	épaissie reten.	
	520	»	**prématurée**	30|8	épaissie reten.	
e	400	»	**précoce**	27|3	épaissie reten.	
	370	»	spontanée	31|4	vascularisée	
	470	»	tempestive	31|6	complète	
	550	»	–	30|7	complète	
	570	»	**prématurée**	27|10	épaissie	
	470	»	–	34|6	épais. vascul.	
	500	»	–	34|5	complète	
	420	»	–	26|3	épaissie	
	330	»	artificielle	18|5	très épaissie	
	580	»	prématurée	28|19	complète	
	80		Avortement au 3e mois			
	420	»	artificielle	Imposs.	dissociée	
	550	»	tempestive	29|6	complète	
	420	»	artificielle	30|7	complète	
e	400	»	tempestive	29|7	retention	
e	400	»	spontanée	30|7	retention	

N° d'ordre	Numéro de l'observat.	Parité	Date des dernières règles	Accouchée	Age probable de la gestation	Repos pendant la gestation depuis	Traumatisme sexuel remonte à	Etat de la muqueuse vaginale	ETAT d Muqueuse
156	1614	II	11/3-16/3	21/9	6 »	1 mois	2 »	Leucorrhée	Pertes de sang
157	1658	II	20/2-25/2	28/9	7 »	repos relatif	4 »	»	»
158	1703	I	14/3-17/3	7/10	7 »	pas de repos	5 j.	Pertes jaunes	Endométrite
159	1729	I	15/2-17/2	12/10	7 »	5 mois	8 j.	»	»
160	1796	IV	25/1-29/1	23/10	9 »	repos	1 mois	Leucorrhée	»
161	1821	I	4/2-8/2	27/10	8 »	repos	15 j.	Pertes blanches	»
162	1835	I	10/1-25/1	29/10	9 (?)	3 mois	6 mois	Leucorrhée	»
163	1836	I	20/2-25/2	30/10	8 »	repos	15 j.	»	»
164	1868	I	7/7-11/7	2/11	3e »	repos	3 sem.	»	»
165	1883	II	19/2-23/2	5/11	8 »	7 mois	15 j.	»	»
166	1886	I	29/4-4/5	5/11	6 »	pas de repos	4 mois	»	»
167	1903	I	8/4-12/4	8/11	7 »	pas de repos	3 »	Pertes jaunes	»
168	1914	I	3/2-8/2	9/11	9 »	repos	4 »	»	Pertes de sang
169	1966	I	20/2-26/2	18/11	9 »	repos	2 »	Pertes blanches	»
170	1976	II	15/3-20/3	20/11	8 »	repos	3 j.	Leucorrhée	»
171	2056	IV	26/2-30/2	5/12	à terme	repos	8 mois	»	»
172	2112	I	12/6-16/2	14/12	6 »	repos	6 j.	Pertes jaunes	»
173	2204	VIII	11/5-19/5	31/12	7 (?)	pas de repos	1 mois	»	»
174	2206	I	21/5-27/5	31/12	8 »	pas de repos	4 »	»	»
175	27	I	1/5-9/6	4/1	8 »	repos	8 j.	Leucorrhée	»
176	43	II	8/7-10/7	7/1	6 »	repos	1 mois	Pertes verdâtres	»
177	88	V	10/4-15/4	15/1	9 »	repos	2 »	»	Pertes de sang
178	100	III	15/5-20/5	17/1	8 »	pas de repos	1 »	Pertes	»
179	137	II	9/5-15/5	23/1	9 »	repos	3 sem.	Leucorrhée	»
180	169	II	13/5-17/5	14/2	9 »	repos	1 j.	»	»
181	492	II	1/7-7/7	24/3	9 »	pas de repos	8 mois	Pertes jaunes	»
182	537	I	25/11-29-11	31/3	4 »	repos	15 j.	«	»
183	560	I	20/8-26/8	5/4	8 »	1 mois	5 »	»	»
184	578	II	22/8-26/8	7/4	8 »	pas de repos	1 »	»	»
185	582	IV	29/7-5/8	8/4	9 »	pas de repos	4 mois	Pertes jaunâtres	Endométrite
186	642	I	8/10-10/10	8/4	5 »	pas de repos	1 j.	»	»
187	689	II	20/11-25/11	21/4	5 »	pas de repos	12 »	Leucorrhée	»
188	683	I	16/7-24/7	25/4	9 »	pas de repos	1 mois	»	»
189	793	II	30/8-2/9	11/5	9 »	2 mois	3 j.	Pertes jaunes	»
190	816	I	22/8-23/8	15/5	9 »	8 jours	2 mois	»	»
191	835	I	21/12-27/12	19/5	5 »	repos	3 »	Leucorrhée	»
192	873	III	20/4-23/4	25/5	9 »	repos	15 j.	»	»
193	956	IV	26/9-1/10	9/6	9 »	pas de repos	15 »	Pertes blanches	»
194	967	I	10/12-13/12	10/6	6 »	pas de repos	—	»	»
195	1064	I	24/9-29/9	27/6	9 »	6 semaines	1 mois	»	»
196	1070	II	23/10-25/10	28/6	9 »	repos	15 j.	»	»
197	1142	III	12/11-15/11	10/7	8 »	pas de repos	8 »	»	»
198	1159	II	20/11-25/11	13/7	8 »	pas de repos	8 mois	»	»
199	1172	I	12/1-16/1	16/7	6 »	pas de repos	2 »	»	»
200	1265	XII	9/4-13/4	2/8	4 »	pas de repos	1 »	»	Pertes sanguin
201	1334	II	27/11-30/11	15/8	9 »	repos	2 »	»	Endométrite
202	1506	I	2/5-10/5	15/9	4 »	repos	15 j.	»	»
203	1514	I	7/1-15/1	18/9	8 »	1 mois	15 j.	»	»
204	1526	I	1/12-7/12	20/9	7 »	repos	5 mois	»	»
205	1524	I	7/1-30/1	23/9	8 »	pas de repos	6 j.	»	»
206	1548	I	9/2-13/2	24/9	7 »	repos	2 mois	»	»
207	1758	II	13/1-18/1	1/10	9 »	repos	1 »	»	»
208	1764	III	21/3-28/3	2/11	8 »	repos relatif	15 j.	»	»
209	1842	XII	26/1-30/1	15/11	9 »	pas de repos	5 mois	»	»
210	1871	I	23/2-27/2	22/11	9 »	repos	10 j.	»	»
211	1981	II	11/3-15/3	10/12	9 »	repos	2 mois	Pertes blanches	»

SPECT fœtus	POIDS du placenta	ASPECT du placenta	RUPTURE des membranes	Mensuration des membranes	ETAT de la Caduque	PARTICULARITÉS
t–né	410 gr	Chateau-	**précoce**	Impos.	épaissie	
le	390	briant	artificielle	23/4	épaissie	
le	400	»	spontanée		épaissie	
	450	»	tempestive	34/10	complète	
t-né	480	»	artificielle	Impos.	retenue	
	380	»	spontanée	30/4	épaissie	
	600	»	spontanée	36/2	complète	
	480	»	artificielle	36/2	complète	
au cours du 3e mois.						
	500	»	artificielle	30/10	complète	
le	330	»	**prématurée**	28/3	retenue	
le	270	»	**précoce**	26/4	épaissie reten.	
	500	»	—	22/7	complète	
	480	»	**prématurée**	26/5	complète	
le	390	»	spontanée	29/9	retenue	
	650	»	**prématurée**	36/0	complète	
t	325	»	prématurée	25/2	épaissie vasc.	
	400	»	**spontanée**	28/10	complète	
le	460	»	artificielle	30/10	complète	
	380	»	tempestive	30/7	épaissie	
t apr. 5'	190	»	**précoce**	26/4	épaissie reten.	
	450	»	**prématurée**	Impos.	déchirée	
le	480	»	artificielle	33/6	épaissie	
	520	»	**prématurée**	30/4	retenue	
	500	»	—	30/8	épais. vascul.	
	580	»	**précoce**	30/8	vascularisée	
m. apr.	250	»	—	13/1	retenue	
le	490	»	artificielle	4/26	vascularisée	
le	360	»	—	31/7	épaissie	
le	450	»	tempestive	36/5	épais. vascul.	
le	210	»	**prématurée**	Impos.	retenue	
it	175	»	Avortement		retenue	
t	600	»	**précoce**	33/0	retenue	
	500	»	**prématurée**	31/8	épaissie	
	300	»	—	29/2	retenue vasc.	
	190	»	spontanée	14/5	retenue	
t apr. 5'	450	»	**prématurée**	33/20	épais. vascul.	
	560	»	—	33/3	vascularisée	
	350	»	**précoce**	»	»	
éré	350	»	**prématurée**	26/10	complète	
	410	»	—	31/2	épaissie vasc.	
	500	»	—	29/6	complète	
	500	»	artificielle	30/6	épais. vascul.	
t	210	»	spontanée	»	»	
et pesant 570 gr.						
	500	»	**précoce**	29/8	épaissie	
	179	»	—	10/5	épaissie	
m. apr.	430	»	—	26/9	épaissie	
	550	»	—	32/2	épaissie rete.	
ile	450	»	artificielle	28/9	épaissie	
	450	»	tempestive	29/2	retenue	
	430	»	**précoce**	28/4	épaissie	
ile	450	»	**précoce**	Impos.	incomplète	
	520	»	**prématurée**	25/7	complète	
	520	»	**précoce**	30/4	épaissie	
	350	»	artificielle	27/10	épaissie	

Sur les 211 cas d'endométrites :

33 fois :	Avortement.....	15	o/o
77 —	Accouchement prématuré..	37	—
82 —	Rupture prématurée ou précoce des membranes	39	—
39 —	Enfant mort.....	19	—
46 —	Enfant débile.....	22	—

CONCLUSIONS

De nos observations résultent les conclusions suintes :

1°) L'endométrite entraine comme conséquence fréente un accouchement prématuré ou l'avortement.

2° Les particularités de l'avortement liées à l'enmétrite consistent assez souvent dans l'expulsion l'œuf en bloc.

3°) Le traumatisme sexuel et le surmenage qui, ne façon générale, déclanchent facilement le tral prématuré de l'accouchement, sévissent d'une ou toute spéciale chez les femmes dont la muuse utérine est déjà malade.

4°) Cependant l'expulsion prématurée du produit conception peut être retardée dans une grande mere sous l'influence du repos.

5°) D'autre part, l'intégrité de la muqueuse utérine

peut être récupérée par l'influence de l'allaitement ou, chez les femmes qui n'allaitent pas, par celle de la balnéation vaginale bi-quotidienne prolongée à 50°.

6°) L'endométrite hémorrhagique peut affecter une allure d'une gravité toute spéciale pouvant commander dans les cas graves l'interruption de la gestation (alors que le pouls subit une accélération persistante au-dessus de 100°).

Vu : *Le Président de thèse*,
PINARD.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. — Etat de la muqueuse du corps de l'utérus dans le cancer du col. (*Arch. f. g.* XXXII).

ACCONCI. — Contributo alle studio dell'anatomia dele gestant. *Giorn. Ac. méd* Torino. 1890. 33 XXXVIII P. 641-688.

ACKERMANN. — Infarctus blanc. *Wirchow's Archiv.* Bd XLVI. p. 430.

ALBERT. — Adhérence anormale du placenta. Paris. 1878. p. 18.

AHLFELD. — Demonstration einer utérus mit. placenta provia. verhandlungen der deutschen gesellschaft f. gyn. Zweitea Kongress. 1888, p. 156 à 159 et 1877.

BENNET. — On abortion in connection with inflammation of the utérus Brit. Med. J. London. 1881. p. 39.

BUTTNER. — Die gestation verandungen der utérus gefasse. Arch. f. gyneck. XCIV. Berlin. 1911. p. 1 à 21.

BOURREAU. — Influence de la syphilis sur la grossesse. Paris. 1879, p. 28 à 34.

Bougon. — Hemorragies utérines. Paris, 1873. p. 39 à 48 et 64.

Bar. — Cancer utérin et grossesse. Paris 1886, *p.* 47.

Bonnaire. — Hydrorrhée. *Semaine Médicale.* Avril 1891.

Budin. — Obstétrique et gynécologie. p. 575.

Breus. — Arch. f. g. Bd xix, p. 483 à 489. 1882.

Chailly-Honoré. — Des maladies dont le tissu utérin peut être affecté, envisagées sous le point de vue de la gestation. Bull. gl. d. Thérap. Paris 1847, page 117.

Chrisholm. — Lome remarks on the internal surface of utérus. Edinburgh W. J. 1857. p. 597.

Corbin. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. Thèse de Paris 1890.

Curatulo. — Ricerche istologische e considergione cliniche sulle altérazioni della mucosa utérinale. Vol. 8° Milano. 1891.

Dentu. — Rétention des membranes. Paris 1877.

Dobris. — Progrès médical.

Donnat. — Uber einem fall. Endométrite purulenta in der Schwangerschaft.

Dylion (Mlle). — Insertion vicieuse du placenta. Paris 1890.

Frankel. — Arch. f. gyn. xv p. 53.

Genesteix. — Trait. des avortements Paris 1886.

GAIFANI. — Il comportamento istologia la gravidenza. Ann. di ostet. Milano II 1910, p. 1.118.

GERARD. — Affections utérines et gestation. T. Med. Paris, 1883, p. 297.

GENTALI. — Polipi mucosi uterini in gravidenza. Folio. Gynack Pavia 1911. VI p. 277-295.

HEGAR. — Monatschrichft.

HOFMEIER. — 2 Congrès 1888 p. 159. Die menschliche placenta. Wiesbaden 1890.

KALTENBACH. — Zur pathogenese der placenta proevia. Berliner Kllin Wochens. N° 43. 28 oct. et 1889 et Zeitsch. f. g. 1890 Dd. XVIII p. 1 à 8 et 1878. B° II p. 225.

KEHRER. — Zur physiologie und path der Schwangerschaft. Beitrag 3. Klin. u. expt. geburtsh v. gynack, Giessen 1879, p. 182-218.

JACOBS. — Cancer utérin et grossesse.

LE CHEVALIER. — Rétention du Placenta 1877.

LEMAIRE. — Grossesse et endométrite. Thèse Paris 1899-00

MARTIN. — Métritis in pregnancy. N. Orléans M. Neuvs L. Hosp gaz 1856-57 p. 654,

MAHÉ. — Hémorragie des 6 premiers mois de la grossesse Paris 1879.

NOEGELE ET GRENSER. — Traité d'accouchements.

PARDO DE TAVERA. — Metrorragie au début de la grossesse. Paris 1886.

PERARI. — Endométrite infect. Paris 1889.

PINARD. — Endométrites et gestation. Revue pratique d'obstétrique et pédiatrie. Paris 1911 p. 257.

ROY. — Endométrite et gestation Paris 1891.

ROBIN. — Note sur l'épithelium de l'utérus pendant la grossesse. Compte rendu soc. Biol 1855. Paris 1856 21 II p. 113.

— Mémoire sur la muqueuse utérine pendant la grossesse. Acad. Méd. Paris 1860-1861 XXV p. 87-187.

RUTSLEDGE. — Uber die complication der Schwangerschaftund geburt mit gebarmutter Krebs. 1876.

SCHADER. — Zur Pathogénie der placenta proevia. Zeitschrift. Bd. XIX p. 25, 1890.

SCHROEDER. — Metrorrhagie dans les premiers mois de la grossesse. Paris 1888, p. 14. Lehrbuch, p. 401, 1884, p. 360.

SUCHIER. — Utérus und Schwangerschaft. Freiburg und Basel und Bern, 1910, vol. 8°.

TARNIER ET BUDIN. — Traité d'accouchement.

WALACE. — Fatal cases of. metrite occuring in the seventh mouth of frequancy. Liverpool. M. Chinerg. J. 1883 p. 31.

— Acute metritis in fréquancy. Brit. Med. J. London 1873, p. 161.

WEBSTER. — The changes in the mucosa uteri u fregnancy. Report. Lab. Roy. Coll. Physician. Edinburgh and London 1897, p. 13 à 41.